

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBERGE

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDEL, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,

J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

N° 12. — Décembre 1895

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCXCXV

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

Maladies des VOIES URINAIRES

CAPSULES DE SANTAL BRETONNEAU

CYSTITES DECOMPOSÉES AMMONIACALES

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les Drs PANAS, DOLBEAU.

Société de Chirurgie, 30 Septembre 1886.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

SAVONS MÉDICINAUX de A. JOUBERT, Pharmacien de Paris, 8, Rue des Lombards — USINE

SAVON Pheniqué.....	à 12% de A. MOLLARD 12'
SAVON Borate.....	à 12% de A. MOLLARD 12'
SAVON au Thymol.....	à 10% de A. MOLLARD 24'
SAVON à l'Ichthyol.....	à 10% de A. MOLLARD 24'
SAVON Borique.....	à 5% de A. MOLLARD 12'
SAVON au Salol.....	à 5% de A. MOLLARD 12'
SAVON au Sublimé.....	à 1% de A. MOLLARD 18'
SAVON Iode (KI - 10 %)	de A. MOLLARD 24'
SAVON Sulfureux typique	de A. MOLLARD 12'
SAVON au Goudron de Norwège	de A. MOLLARD 12'
SAVON Glycérine.....	de A. MOLLARD 12'

ILS SE VENDENT EN BOÎTE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINES AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Solution limpide de Biiodure d'Hydrargyre dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milligrammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine) et toutes pharmacies.

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FEBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloidiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE :** Un verre à liqueur à chaque repas.

VIGIER, Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
Phie CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS



nt
n-
es
6.

IQUE

Soin
rgyr

milli-

ne) et

ER

s autres
l'extrait.
les cas
é contre
francs.
e repas.

UM

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE NOUVELLE FORME SUPPURATIVE ET PEMPHIGOÏDE DE TUBERCULOSE CUTANÉE EN PLACARDS A PROGRESSION EXCENTRIQUE ET LA CAUSE PROCHAINE DE SES LOCALISATIONS.

Par **H. Hallopeau.**

Nous avons plusieurs fois déjà attiré l'attention sur les tuberculoses suppuratives de la peau, notamment dans une communication faite en 1892 au deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose; dès 1888, nous avons publié, avec M. L. Wickham, un fait de lupus tuberculeux à forme suppurative et nous avons cherché à établir quel est le mode de production de ces suppurations. En 1889, M. Gaucher a décrit une forme pustulo-ulcéreuse de tuberculose cutanée; elle est remarquable par sa bénignité, car on en obtient en deux, trois ou quatre semaines, la cicatrisation par un simple pansement boriqué.

Chez le jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter, les caractères cliniques et l'évolution des lésions cutanées sont tout différents et représentent un type qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrit.

François L..., âgé de 15 ans, entre, le 18 novembre 1895, au n° 38 du pavillon Bazin, atteint d'une tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte, il y a cinq ans, d'une phtisie à marche rapide; son père présente également depuis six mois les symptômes d'une phtisie pulmonaire; une sœur est morte à l'âge de neuf mois.

Ce jeune homme est atteint actuellement d'une éruption, abondante et polymorphe sur les membres, disséminée sur la partie inférieure du tronc.

D'après son dire, elle a débuté, environ six semaines auparavant, par un bouton suppuré qui s'est développé à la partie postérieure de la jambe droite pour s'étendre bientôt excentriquement sous la forme d'un soulèvement bulleux; bientôt, de nombreuses pustulettes se sont développées sur les membres inférieurs, en même temps que s'y produisaient des plaques éruptives rouges, légèrement dures et saillantes, à progression excentrique.

Le 20 novembre, nous constatons les faits suivants: Le malade est dans un état de cachexie profonde; il est très maigre; il tousse incessamment et présente, aux deux sommets, les signes d'une tuberculose arrivée, du côté droit, à la période cavitaire; il n'y a pas de réaction fébrile; les urines sont albumineuses.

L'éruption des membres inférieurs et des avant-bras est abondante; elle se présente sous des formes diverses que l'on peut ramener à quatre types : a) Les éléments les plus nombreux sont des pustulettes miliaires variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis; elles sont remplies d'un liquide purulent; on les voit disséminées irrégulièrement sur les téguments des jambes; il n'y en a qu'un petit nombre aux cuisses; on ne les retrouve, ni sur les membres supérieurs, ni sur le tronc.

Un certain nombre de ces pustulettes sont entourées d'un cercle érythémateux; une partie d'entre elles sont centrées d'un poil.

Ces pustulettes sont pour la plupart disséminées sans ordre; quelques-unes sont incluses dans le pourtour infiltré ou dans l'aire des placards que nous allons décrire.

b) D'autres éléments sont constitués par des saillies rouges ou brunes, acuminées, de mêmes dimensions que les précédentes, et recouvertes, les unes, d'une squame, les autres, d'une croûte. Il n'est pas douteux qu'une partie de ces saillies ne représentent les pustulettes arrivées à leur dessiccation, mais, d'après les assertions positives du malade, elles ne reconnaissent pas toutes cette origine; nombre d'entre elles, particulièrement celles des membres supérieurs et de l'abdomen, se sont développées graduellement, sans suppuration; elles sont remarquablement abondantes sur la partie postéro-externe des avant-bras et au voisinage des coudes. A l'abdomen, elles se groupent en amas irréguliers et rappellent par cette disposition, ainsi de même que par leur aspect, le lichen scrofulosorum.

c) En diverses régions, ces papules se groupent de manière à constituer des amas confluents, d'un rouge sombre disparaissant sous le doigt, formant une saillie notable et offrant au doigt une certaine résistance; on y voit des squames minces et adhérentes; elles ne masquent que très incomplètement la rougeur de la plaque. Leurs dimensions varient de quelques millimètres à plus de deux centimètres de diamètre; à leur périphérie, on voit parfois des saillies miliaires, légèrement érythémateuses et centrées d'un poil.

Une partie des ces placards sont moins colorés et moins saillants dans leur partie centrale qui paraît subir une évolution rétrograde. Les plus étendus occupent la partie antérieure de la cuisse gauche et de la jambe correspondante; on en voit également quelques-uns sur les membres supérieurs. L'aspect de plusieurs d'entre eux rappelle celui du lupus.

d) Les placards qu'il nous reste à signaler ont des caractères différents: leurs dimensions sont plus grandes: elles atteignent six centimètres de diamètre; la partie centrale de l'un d'eux est déprimée et plus ou moins profondément exulcérée; elle est le siège d'un exsudat purulent; leur pourtour est un peu saillant, induré, d'un rouge intense, irrégulièrement arrondi ou ovalaire; sur une partie de son étendue, il est le siège d'un *soulèvement bulleux* qui s'étend excentriquement sur un rayon de 5 à 10 millimètres; on voit en outre souvent des pustulettes miliaires en différents points de sa périphérie. Une zone éruptive érythémateuse de 12 à 15 millimètres entoure ces placards.

Il n'en existe actuellement que deux; ils occupent la partie postérieure de la jambe droite.

Le 5 décembre, nous constatons que plusieurs des plaques se sont

agrandies excentriquement en même temps qu'elles s'affaissaient dans leur partie centrale; de nouvelles se sont développées. On compte maintenant sur la jambe gauche trois placards semblables à ceux de la jambe droite et développés, comme eux, aux dépens de pustulettes; le plus grand mesure 3 centimètres sur 3 centimètres et demi; son pourtour est saillant et résistant au toucher dans un rayon de 8 à 10 millimètres; sa coloration est plus vive que celle du centre affaissé; sur la périphérie de l'un de ces placards, on voit plusieurs pustulettes; au membre inférieur droit, la plaque la plus élevée mesure aujourd'hui 6 centimètres et demi verticalement sur 5 transversalement; elle présente d'ailleurs encore le soulèvement bulleux périphérique indiqué précédemment.

Le 11 décembre, la plaque d'infiltration tuberculeuse située à la partie postérieure de la jambe droite atteint 8 cent. sur 7; elle s'est donc très notablement agrandie en quelques jours; par contre, celle que nous avons signalée à la partie antérieure de la cuisse droite s'est notablement affaissée en même temps qu'elle a pâli.

Les pustules rompues laissent à leurs places des ulcérations superficielles à contours irréguliers; elles se cicatrisent pour la plupart rapidement.

(Depuis lors, les placards ont continué à s'étendre rapidement et à se multiplier, deux d'entre eux ont complètement fusionné.)

Un des traits frappants de cette dermatose est son polymorphisme: on y voit en effet, à côté de papules qui méritent le nom de lichen scrofulosorum, des nodules confluents d'aspect lupique et des pustulettes, sans caractères spéciaux au début, mais devenant bientôt, par leur confluence et par l'infiltration du derme sous-jacent, le point de départ de néoplasies d'un caractère tout particulier; sur plusieurs d'entre elles, on peut voir un soulèvement périphérique de l'épiderme par un liquide purulent; les placards ainsi formés s'étendent excentriquement de manière à atteindre en peu de semaines jusqu'à 8 centimètres de diamètre; à mesure qu'ils progressent ainsi à la périphérie, il peut arriver que leur partie centrale se déprime; leur progression a lieu par l'intermédiaire du soulèvement pemphigoïde ou de nouvelles pustules; ces mêmes éléments peuvent se développer de nouveau dans l'aire de ces placards.

La nature tuberculeuse de ces altérations ne peut faire l'objet d'un doute: si les pustulettes n'ont au début aucun trait qui leur appartienne en propre, il n'en est plus de même dès qu'elles se multiplient en groupes confluents et s'accompagnent d'une infiltration dermique considérable. L'aspect tout particulier des placards ainsi constitués, l'impossibilité de les rattacher à un autre type de dermatose, la coïncidence de papules semblables à celles du lichen scrofulosorum, l'aspect lupique d'une partie des placards signalés à la cuisse et aux membres supérieurs et enfin la coïncidence d'une tuberculose pulmonaire avancée dans son évolution permettent alors d'affirmer qu'ils sont, en toute certitude, de nature tuberculeuse.

L'examen histologique, pratiqué dans notre laboratoire par M. Prieur, a porté sur le sang, la sérosité et le pus, pris au centre et à la périphérie du placard des jambes ; il n'a pas jusqu'ici révélé la présence de bacilles, mais il en était de même dans les cas de M. Gaucher ; nous dirons plus tard quel aura été le résultat des inoculations qui ont été pratiquées par MM. Prieur et Macrez à plusieurs cobayes.

Cette forme de tuberculose ressemble, par ses éléments initiaux, à celle qui a été observée par M. Gaucher chez les enfants ; dans les deux cas, il s'agit de pustulettes ; mais, tandis que, dans les cas de M. Gaucher, ces éléments s'ulcèrent pour se cicatriser ensuite dans un bref délai, ils deviennent chez notre malade le point de départ de néoplasies tuberculeuses qui infiltrent profondément le derme en même temps qu'il se produit à leur pourtour des lésions pemphigoides ; il y a là un complexe tout spécial et à notre connaissance non encore décrit.

Nous avons établi, dans nos précédentes communications, que le bacille de Koch peut, par l'intermédiaire des toxines qu'il engendre, être pyogène chez les sujets prédisposés ; nous avons invoqué, d'une part, l'absence de microbes pyogènes dans le fait que nous avons étudié avec M. Wickham, d'autre part, la production d'éruptions généralisées de pustules chez des sujets auxquels nous avons pratiqué des injections de lymphes de Koch. Dans le cas présent, M. Prieur a de même constaté l'absence de microbes pyogènes dans le liquide exsudé : c'est là encore un argument en faveur de la nature tuberculeuse de ces altérations.

Nous avons vu qu'une partie des pustulettes initiales étaient centrées d'un poil ; elles sont donc périfolliculaires ; d'autre part, on sait que, dans le lichen scrofulosorum, les lésions intéressent de même primitivement le pourtour des glandes sébacées. Ces localisations périglandulaires, ainsi que l'a fait remarquer M. Leredde (communication orale), semblent en désaccord avec la localisation du bacille tuberculeux, laquelle est exclusivement conjonctive. On peut cependant se l'expliquer si l'on tient compte des différences de milieu que peut lui offrir le tissu conjonctif dans les différentes parties de l'organisme.

Il n'est pas admissible, en effet, que le tissu conjonctif présente partout une même composition chimique : il se trouve par ses espaces lymphatiques, l'intermédiaire obligé entre les éléments plus élevés qu'il environne et la circulation : or, il doit nécessairement être imprégné des produits de désassimilation de ces éléments, qu'ils soient glandulaires, musculaires ou nerveux ; de là, des différences essentielles dans la constitution chimique de son tissu : il est de toute évidence que le tissu conjonctif entourant les nodules hépatiques doit ainsi différer de beaucoup de celui qui entoure les glomérules de Malpighi,

les tubes séminifères, la muqueuse intestinale ou les glandes de la peau : on conçoit donc que le bacille de la tuberculose ne trouve qu'au pourtour de certaines glandes un milieu favorable à sa culture ; on s'explique ainsi comment la tuberculose peut rester limitée à telle ou telle partie du tégument comme elle l'est le plus souvent à la muqueuse respiratoire et exceptionnellement à celle de l'intestin ou des organes génitaux.

Il appartiendra à la chimie biologique de confirmer cette hypothèse dont le degré de vraisemblance nous paraît équivaloir à la certitude. Elle est applicable à toutes les maladies infectieuses à localisations conjonctives.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° La tuberculose pustuleuse des jeunes sujets peut être le point de départ d'infiltrations profondes du derme, lesquelles s'étendent rapidement en surface de manière à former bientôt des placards indurés de plusieurs centimètres de diamètre ;

2° La forme de ces placards est irrégulièrement arrondie ou ovale ; ils peuvent fusionner assez complètement pour qu'il ne reste pas trace de la séparation initiale ;

3° Leur surface peut être ou non exulcérée partiellement ; les exulcérations sont dues au développement et à la rupture de nouvelles pustulettes à leur périphérie ou dans leur aire ; elles ont tendance à se cicatriser rapidement ;

4° L'épiderme peut être le siège, à la périphérie de ces placards, dans leur zone d'accroissement, de soulèvements bulleux d'aspect pemphigoïde ;

5° Les caractères de ces néoplasies les différencient de toutes les formes de tuberculose cutanée décrites jusqu'ici ;

6° Elles peuvent coïncider avec des infiltrations tuberculeuses en nodules agminés et avec des éléments de lichen scrofulosorum ;

7° Les pustulettes initiales peuvent être centrées d'un poil : on est alors en droit de les localiser autour des follicules pileux ;

8° Cette localisation et celle du lichen scrofulosorum autour des glandes sébacées semblent en contradiction avec le siège exclusivement conjonctif de la tuberculose ; elles s'expliquent si l'on admet que le milieu conjonctif varie dans sa constitution chimique au pourtour de chaque organe glandulaire comme de tout élément d'une organisation élevée par le fait des matériaux de désassimilation qu'il en reçoit ; on conçoit ainsi qu'il ne devienne que dans le domaine de tels ou tels éléments un terrain favorable au développement des bacilles de Koch.

9° Cette donnée est applicable aux localisations conjonctives de toutes les maladies infectieuses.

SUR
UN CAS DE DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE
(MALADIE DE WILSON-BROCQ)
COMPLIQUÉE D'UNE SARCOMATOSE CUTANÉE MULTIPLE. GUÉRISON

(Observation recueillie dans le service de M. le Professeur BOECK).

Par **Rudolf Kretting** (de Christiania).

Bien que la classification et le groupement des différentes formes d'érythrodermie et de dermatite, essayés surtout par des savants français, soit encore assez loin d'être définitive, il semble pourtant que l'accord soit établi sur certains points.

Au Congrès tenu à Paris en 1889, où la question du pityriasis rubra et des dermatites généralisées figurait à l'ordre du jour, on arriva à une entente complète en ce qui concerne le pityriasis rubra du type Hebra et le droit qu'a cette maladie, si rare qu'elle soit, à être considérée comme une entité tout à fait spéciale.

Toutes les formes possibles de dermatite exfoliatrice généralisée ont été, bien qu'à tort, considérées comme appartenant au pityriasis rubra.

Au même congrès, Brocq maintint ses convictions résultant de ses études antérieures et constata l'existence des formes suivantes :

- 1) Érythème scarlatiniforme desquamatif, ou *Dermatite exfoliatrice aiguë bénigne*.
- 2) *Dermatite exfoliatrice universelle subaiguë*.
- 3) *Dermatite exfoliatrice généralisée chronique*.
- 4) *Pityriasis rubra, type Hebra*.
- 5) *Pityriasis rubra subaigu ou bénin*.

Si bonne que soit cette classification basée sur un vaste ensemble d'observations minutieuses, et sur une étude approfondie de la littérature spéciale, je crois cependant qu'il conviendrait de ne pas employer la dénomination de pityriasis rubra en dehors du type même fixé par Hebra. On a, suivant moi, déjà commis une faute en classant sous la rubrique *pityriasis rubra* la maladie si discutée, connue désormais dans le monde entier sous le nom de pityriasis rubra pilaris (Devergie). A ranger sous la rubrique « pityriasis rubra » plusieurs maladies plus ou moins bien caractérisées, on risque de provoquer des confusions.

Je n'ai pas l'intention de rapporter ici les différentes opinions professées sur le groupe pathologique dans lequel rentre le cas observé par moi, mon expérience personnelle étant par trop restreinte, en raison de la rareté de la maladie. Il me suffira de renvoyer le lecteur

au travail publié par Brocq en 1882 sur le *pityriasis rubra* et aux notes dont Besnier et Doyon ont enrichi le Traité de Kaposi (Kaposi lui-même ne consacre aucune place à ces états pathologiques). Je citerai en outre le travail de Jadassohn sur le *pityriasis rubra* (1) et sur celui de Török : *Ein Fall von erythema scarlatiniforme desquamativum* (2). On y voit que ces deux auteurs ont utilisé toute la littérature préexistante, et se sont émancipés des vues un peu étroites de l'école viennoise en ce qui concerne les dermatites.

En vue d'établir un classement, ne fût-il même que provisoire, de ces diverses dermatoses, je crois que le mieux est de se rallier à la proposition de M. Oro Mario de Naples (3), qui les répartit comme suit :

a) *Dermatitis generalis exfoliativa acuta* ou *dermatite scarlatiniforme récidivante*.

b) *Dermatitis exfoliativa primitiva s. subacuta* (maladie de Wilson-Brocq).

c) *Dermatitis generalis exfoliativa secundaria. s. herpes exfoliativa* (Bazin) (eczéma, psoriasis, pemphigus, lichen, etc.).

Le *pityriasis rubra* (Hebra) et le *pityriasis rubra pilaris* (Devergie) sont à la vérité des maladies fort voisines des précédentes, mais semblent cependant représenter des types spéciaux si caractéristiques qu'il convient de les mettre bien à part.

Il y a en outre bien certainement des cas de dermatite ou d'érythrodermies qui n'appartiennent à aucun des groupes ci-dessus et dont la nature est encore mal connue : c'est ce qui ressort des observations de MM. Ernest Besnier, Brocq, Hallopeau, Wickham et autres savants français.

Le mycosis fongoïde lui-même, dans son stade initial, aux allures si diverses, peut parfois pendant assez longtemps être classé dans le groupe des maladies dont nous parlons, dont on a grand peine à le distinguer. A Saint-Louis, où la maladie est assez fréquente, j'ai pu cependant constater combien les médecins de cet hôpital sont habiles à diagnostiquer cette maladie, alors même qu'elle en était encore aux prodromes, et semblait se confondre avec une érythrodermie universelle.

Avant de passer à l'examen approfondi de l'histoire clinique de mon sujet, je relaterai brièvement les traits principaux de sa maladie.

C'est une femme de 68 ans, qui trois fois depuis 2 ans est entrée dans le service de M. Boeck, pour une grande dermatose, qui a été

(1) *Archiv. für Dermat. und Syph.*, 1891-92.

(2) Même revue, 1893.

(3) *Sulle dermatite exfoliativa generalizzata*, travail présenté au XIV^e congrès médical italien à Vienne, en 1892.

diagnostiquée comme *dermatite exfoliatrice généralisée* (maladie de Wilson-Brocq).

Le diagnostic fut établi dès le début par mon ancien chef, M. le professeur Boeck, et c'était la première fois qu'il avait l'occasion d'observer cette maladie en Norvège.

Je signalerai en passant et dès à présent, le fait remarquable d'une *sarcomatose cutanée* faisant son apparition dès le premier séjour à l'hôpital et accompagnée de tumeurs angiosarcomatiques pouvant atteindre la grosseur d'un pois et affectant à la fois le tronc, et les extrémités. (Voir plus bas le résultat de l'examen histologique après extirpation de plusieurs de ces tumeurs.)

La malade déjà fort affaiblie semblait à l'article de la mort, mais, dès avant sa sortie de l'hôpital, tous les sarcomes avaient successivement disparu, ne laissant derrière eux qu'un peu de pigment.

Dans les pages suivantes je ne rendrai un compte détaillé que de l'histoire clinique se rapportant au premier séjour à l'hôpital.

L'évolution de la dermatose au cours des deux séjours ultérieurs ne se différençait pas sensiblement des phénomènes observés lors du premier séjour.

Paysanne âgée de 68 ans.

Premier séjour à l'hôpital, du 20 avril au 16 août 1892.

A l'automne de 1889, le sujet fut attaqué d'une éruption desquamante autour du nez et des yeux, et n'ayant qu'assez longtemps après intéressé d'autres parties. Il y a un an et demi, le mal gagna le genou droit et le coude gauche, pour se propager ensuite sur tout le corps. Cette première fois elle se rétablit en moins de trois mois, en employant des gouttes arsenicales et un onguent.

Il y a trois mois, la maladie recommença avec *rougeurs desquamantes* aux mains puis au coude gauche et au genou droit, ainsi qu'au deux fesses. Depuis lors, le mal progressa de plus en plus et finit par *envahir le corps entier*. L'éruption n'a jamais *suinté*. Pendant sa maladie, elle a éprouvé une *soif inextinguible* avec une *sensation de brûlure* plutôt que de *démangeaison* dans la peau, mais elle a cependant été *très sensible au froid*.

Le sommeil fut moins bon et l'*appétit décroissant*, quoiqu'elle supportât bien toute espèce d'aliments, et elle constatait elle-même un certain degré d'*amaigrissement*, et se sentait comme *légèrement rigide*.

Souffrit tout le temps de *constipation*, ce qui força à lui administrer régulièrement des laxatifs. Les fonctions psychiques ne semblaient nullement affectées.

État actuel. — Femme de grande taille et d'un certain embonpoint; rien à remarquer au sujet de sa famille. Au tronc et aux extrémités, la *peau est intégralement d'un rouge intense, épaissie, oedémateuse, desquamante et brûlante*.

La desquamation est surtout prononcée sur le dos, descend sur les deux tesses, s'étend à la face antérieure des cuisses et sur la face extensive des membres supérieurs. Ici les *écailles forment des plaques continues*, se deta-

chant par leurs bords et n'adhérant qu'au centre. La rougeur est moins intense aux plantes des deux pieds et aux paumes des deux mains.

Nulle part la peau n'offre de suintement.

Pour ce qui est de la face, la partie externe des deux joues est fort rouge et desquamée, surtout à gauche. De là, l'affection gagne les parties adjacentes du cou et des oreilles, qui sont attaquées de façon diffuse.

Le côté interne des deux paupières supérieures est également rouge et est le siège d'une desquamation pelliculaire; il en est de même des deux lèvres. Le front, sauf la région temporale, est, ainsi que l'arête nasale et les parties avoisinantes des joues, exempt de desquamation.

Les parties attaquées sont assez nettement délimitées.

Le cuir chevelu est partout recouvert de squames abondantes, blanc-jau-nâtre, et plus ou moins adipeuses, sous lesquelles la peau est d'un rouge moins foncé.

Les ongles des deux mains sont épaissis et opaques; leur bord antérieur est soulevé par une masse épidermique exfoliée; plusieurs ongles sont recouverts de croûtes larges et épaisses.

A l'annulaire de la main droite et le médian de la main gauche, les ongles sont tout à fait détachés par un de leurs bords.

Les ongles des orteils sont normaux.

L'urine est très urâtée, mais ne contient ni albumine, ni sucre.

30 avril. La peau est plus pâle, surtout aux extrémités.

La desquamation a lieu principalement par grandes plaques; elle est si abondante que l'on peut chaque matin recueillir dans le lit plusieurs poignées d'écaillés. Les ongles de l'annulaire droit et du médian gauche sont tombés il y a un jour ou deux.

La malade continue à éprouver une soif intense.

4 mai. Dans le courant des jours derniers la maladie a, vers le haut, entamé la joue gauche, la tempe gauche et les alentours de l'œil gauche.

La peau est du reste généralement plus pâle.

Le 21. La rougeur est très intense à la partie supérieure de la poitrine.

Le 23. La face est maintenant entièrement attaquée; il en est de même pour la plante des pieds; dans la paume des mains et sur certaines parties de leur surface dorsale, on voit encore des flots de peau indemne.

Le 24. Il s'est formé ces jours derniers un certain nombre de bulles isolées sur plusieurs points des fesses. Ces bulles une fois percées, il en résulte des plaies par décubitus.

4 juin. Dans ces temps derniers, œdème des extrémités tant inférieures que supérieures.

Le 5. L'œdème va toujours en croissant. Fort suintement à la partie postérieure des cuisses et des mollets. Excoriations entre les doigts. Insomnie.

Le 6. L'œdème a légèrement diminué aujourd'hui, mais le suintement a augmenté.

Le 14. Depuis quelque temps, la peau a commencé à pâlir légèrement dans son ensemble. La desquamation n'est plus aussi abondante.

Le 21. Au courant des deux ou trois derniers jours, on a vu se développer d'abord au côté d'extension de l'avant-bras gauche, puis du poignet et de

l'avant-bras droit, et même aussi à son côté de flexion, des tumeurs rouge violet, arrondies et fort saillantes, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Elles sont recouvertes d'un épiderme uni et ont leur siège dans la couche la plus superficielle de la peau. Elles sont assez résistantes au toucher. On voit aussi çà et là des nodosités sur la face dorsale de la main gauche.

Des nodosités analogues ont aussi commencé ces jours derniers à faire leur apparition sur les mollets, ainsi que sur les côtés du tronc. Pas de nodosités dans le dos.

Les plaies décubitives des deux fesses se sont un peu étendues, mais elles sont nettes et montrent une tendance à la guérison.

Sur les deux fesses et dans la région lombaire on voit quelques éminences molles et bien limitées, de la grosseur d'un haricot, et ressemblant à des tumeurs. Ces tumeurs molles et aplaties font l'effet d'être des bulles à moitié vides.

L'ensemble de la peau a notablement pâli dans ces derniers temps; elle se rapproche davantage de sa couleur normale; la forte desquamation a en grande partie cessé.

Le 28. Aux orteils plusieurs ongles se sont détachés, et sont en train de tomber.

6 juillet. Il continue sans cesse de se produire un grand nombre de petites papules rouge-violet, surtout au tronc et aux extrémités supérieures. Les papules et tumeurs proéminentes déjà décrites ont toujours la même couleur intense violet-rouge, elles deviennent de plus en plus saillantes et augmentent assez vite de grosseur.

Les plus grosses, situées sur l'avant-bras gauche et à la face dorsale du poignet droit, dépassent déjà notablement la grosseur d'un pois.

Outre les efflorescences ayant déjà revêtu la forme de papules et de petites tumeurs, on voit aussi une masse de petits points d'apparence ténacigiclasique qui ne s'élèvent en général que fort peu au-dessus du niveau de la peau. Trois des plus grosses tumeurs furent extirpées à l'avant-bras gauche (voir plus loin leur examen histologique).

Le 8. Ventre paresseux. Douleurs au bas-ventre; on administre des pilules laxatives.

Le 9. Depuis avant-hier une rougeur érythémateuse de toute la peau a recommencé à se manifester assez subitement; elle est plus ou moins diffuse et les plaques ne se rejoignent pas encore les unes les autres.

Ce n'est qu'à la partie dorsale des mains que cette rougeur est complètement diffuse, et forme un ensemble continu.

Cet accès n'a été accompagné d'aucune sensation spéciale. Il y a déjà des signes de desquamation aux avant-bras et sur différentes parties du tronc.

Appétit mauvais. Ventre paresseux.

Le 12. Pas encore de selle. La peau est en somme de couleur moins foncée. La desquamation continue.

Le 13. La malade semble aujourd'hui sensiblement affaissée; de temps à autre, douleurs dans l'abdomen qui continue à être plus ou moins distendu.

A la suite de l'irrigation d'hier matin, il y a eu à plusieurs reprises des évacuations grumeleuses. Après l'irrigation d'hier soir, il n'a été évacué que des liquides colorés.

Le 15. Hier, abondantes évacuations grumeleuses.

Le 16. Hier une évacuation grumeleuse. Toutefois l'abdomen continue à être distendu.

Sensation de résistance à la hauteur du côlon transverse. Ça et là des tranchées.

Le 17. Hier encore selles grumeleuses assez abondantes. Tranchées. Abdomen plus ou moins distendu, mais mou.

Le 19. Aujourd'hui, coloration ictérique de la conjonctive. Bon sommeil la nuit passée, moins bon cette nuit.

Le 20. Aujourd'hui, diminution de l'ictère.

Le 28. La malade s'est mieux portée ces jours derniers. L'abdomen est moins tendu.

Dans ces temps derniers, les tumeurs n'ont pas augmenté visiblement de grosseur, mais il s'en est manifesté un certain nombre de nouvelles de la grosseur d'une tête d'épingle.

Outre les petites tumeurs déjà signalées, on voit aussi au dos des mains des taches aplaties ressemblant à des extravasions cutanées.

Les plus grosses, de la dimension d'un pois, sont d'une couleur noir-bleuâtre, et font quelque peu saillie sur la peau; les plus petites sont d'une couleur plutôt cramoisie et ne font pas saillie. Ces taches se trouvent surtout au dos de la main gauche et à la face radiale du poignet gauche; elles sont plus clairsemées à la main droite. Il y en a aussi quelques-unes au manubrium sterni.

La malade s'est plainte ces jours derniers de démangeaisons dans la peau, surtout en certains points où la peau est d'une rougeur diffuse, ou affectée de taches rouges avec desquamation.

Le 29. Aujourd'hui, nouvelle éruption érythémateuse, principalement aux joues et au menton.

Les suggillations signalées ci-dessus au dos des mains vont et viennent. Les tumeurs angiosarcomatiques ne se sont pas accrues dans ces temps derniers. La malade essaie de rester levée.

Le 30. Ces jours derniers les nodosités sarcomatiques ont diminué partout rapidement. La malade semble du reste plus débile et plus affaiblie.

1^{er} août. Nouvelles suggillations rouge-noirâtre assez étendues au dos des mains. Les tumeurs sarcomatiques continuent à diminuer. Elles ont en même temps perdu leur couleur cramoisie, et sont plutôt brun-rougeâtre.

La malade est pâle; reste levée quelque temps chaque jour.

Le 10. Les tumeurs sarcomateuses n'existent plus qu'à l'état de tache pigmentaire. Seule, la tumeur principale de la main droite a laissé une nodosité de la grosseur d'un grain de chènevis, qu'on sent sous la peau.

En revanche, des suggillations plus ou moins étendues continuent à se former aux deux poignets. Aux mollets, l'épiderme autrefois uni et lisse est aujourd'hui comme crevassé et on y voit une masse de gerçures parallèles, d'où s'écoule un sérum albuminoïde, qui se dessèche rapidement et forme des croûtes jaunes.

Le 16. La peau est partout pâle et unie. Aux fesses seules, légère rougeur avec desquamation, résultant évidemment de la pression. *Les ongles du pouce et de l'indicateur de la main gauche sont tombés.* L'emplacement des ongles est mis à nu, mais recouvert de peau. Il en est de même des ongles des deuxième, troisième, quatrième, cinquième doigts de la main droite.

Tous les ongles des orteils sont complètement effilochés, de couleur jaunâtre, et plus ou moins épaissis. Le cuir chevelu a perdu toute sa vieille chevelure, mais on en voit apparaître peu à peu une nouvelle.

Il ne reste plus aucune des tumeurs sarcomateuse, mais il y a encore des suggillations à la face dorsale des avant-bras et des mains.

Au début du séjour à l'hôpital, la température du corps était de 37 à 38°. Depuis le 28 mai, elle est normale.

La malade quitte l'hôpital en voie de convalescence.

Pendant le second séjour à l'hôpital, du 4 mai au 11 juillet 1893, la même histoire se répète, sauf que cette fois il ne s'est pas développé de sarcomatose cutanée.

La malade entra à l'hôpital avec une affection universelle pleinement développée.

La desquamation eut aussi lieu cette fois par grandes plaques continues; à la face seule la desquamation avait lieu par petites squames, ressemblant à du son.

A plusieurs endroits il y eut au cours de la maladie un peu de suintement, comme par exemple derrière les oreilles. Aux extrémités inférieures, il y eut aussi un moment un peu de suintement, certaines vésicules s'étant ouvertes. Une fois la desquamation en bon train, il n'y eut plus nulle part de suintement.

Cette fois encore il y eut chute d'ongles aux doigts et aux orteils. *L'opépie était complète, lorsque la malade quitta l'hôpital.*

L'état général ne fut pas non plus fort satisfaisant cette fois-ci, mais moins mauvais pourtant que pendant le précédent séjour à l'hôpital. Certaines saillies verruqueuses au front et autour de la bouche disparurent spontanément.

Pendant le troisième séjour à l'hôpital du 25 novembre 1893 au 11 février 1894, on observa le même processus de desquamation. La malade n'avait plus un ongle intact; ils étaient tous tombés, rudimentaires ou sclérotisés. Cette fois encore, la desquamation se fit par grandes plaques. État général beaucoup meilleur que la dernière fois.

On n'observa aucune formation de néoplasme.

On m'a rapporté qu'à l'automne de 1894 elle a eu chez elle un nouvel accès d'assez courte durée. Depuis lors elle s'est, dit-on, bien portée.

Si l'on excepte la sarcomatose cutanée observée pendant le premier séjour à l'hôpital, l'image clinique présentée ci-dessus répond assez exactement à la description faite par Brocq d'une *dermatite exfoliatrice généralisée*.

La malade arriva à l'hôpital avec la maladie complètement développée; seuls, le front, l'arête du nez et la partie adjacente des joues étaient indemnes.

La peau était d'ailleurs dans sa totalité d'un *rouge intense*, *épaissie*, *œdémateuse*, *desquamante* et *brûlante*. La desquamation surtout abondante au dos et le long des deux fesses, à la face antérieure des deux cuisses et au côté d'extension des extrémités supérieures.

Conformément à la description donnée par Brocq, les squames de la peau formaient de *vastes plaques continues*. La chute des écailles était si *abondante* que l'on pouvait chaque matin en recueillir des poignées entières sur la couchette. Quelques jours après l'admission à l'hôpital, la maladie était *complètement universelle*.

Nulle part, la peau ne *suintait*. Pendant le premier séjour à l'hôpital, il y eut bien pendant un temps un peu de suintement à la face postérieure des deux cuisses et des deux mollets, qui étaient fortement œdémateux, en même temps qu'aux deux fesses se formaient un certain nombre de vésicules, qui, en s'ouvrant, donnèrent lieu à des plaies (plaies décubitives).

Au second séjour, il y eut aussi, pendant que l'œdème cutané avait atteint son maximum, des bulles et vésicules, qui ne tardèrent pas à s'ouvrir et à suinter pendant quelque temps. Ce suintement ne pouvait donc être considéré comme concernant la maladie proprement dite, mais était dû au décubitus prolongé, à l'œdème cutané occasionnant des solutions de continuité dans la peau.

Lorsque l'œdème commença à céder, l'exsudation séreuse de la peau cessa aussi bientôt. Brocq mentionne aussi le fort œdème de la peau, et a également vu des bulles pemphigoides isolées, persistant pendant quelques jours.

Les bulles observées dans le cas présent, sur les fesses, doivent pourtant être attribuées à une pression mécanique — décubitus prolongé — et il y eut longtemps au même endroit des plaies par décubitus, très difficiles à guérir.

Comme symptômes très importants, et même caractéristiques, Brocq signale les *lésions des poils et des ongles*. On voit que dans le cas présent les poils et les ongles ont en effet été affectés à un degré considérable.

Dans le cuir chevelu, on constata également un *état séborrhéique*, avec d'abondantes squames sébacées. Deux fois le *cuir chevelu perdit toute sa chevelure*; les *ongles des doigts et des orteils tombèrent aussi à plusieurs reprises*, et lorsqu'ils repoussèrent, ce fut à l'état *rudimentaire ou sclérotisé*.

État général. — Parmi les symptômes subjectifs le *prurit* n'était pas essentiellement saillant; en revanche, la malade éprouvait, surtout au début, une forte *sensation de cuisson* à la peau. Elle se plaignait aussi continuellement d'une certaine *rigidité* dans la peau, et fut pendant tout le cours de la maladie excessivement

frileuse et sensible au froid. Pendant la progression de la maladie, le sommeil était mauvais, l'appétit insignifiant et la *soif de la malade* était inextinguible. *L'obstruction* persista tout le temps. Pendant le premier séjour à l'hôpital, il y eut, pendant quinze jours environ, une débilité avec ictère; mais la malade s'en remit rapidement.

La malade, qui était fort corpulente, *maigrit* considérablement, mais ne fut pas pesée.

Il ne fut constaté de fièvre que pendant la période ascendante de la maladie; la température dépassa rarement 38°.

Récidives ou rechutes. — Comme l'histoire clinique le démontre, la malade a été l'objet de cinq attaques universelles de la maladie. Brocq, comme on sait, admet difficilement que la maladie puisse donner lieu à de véritables récidives. Rien ne s'oppose du reste à ce que l'on ne considère mon cas comme un cas chronique très prolongé, avec cinq accès séparés. On ne peut pas dire non plus qu'elle ait été très complètement guérie, chaque fois qu'elle quitta l'hôpital.

En outre des accès principaux qui semblent tous avoir eu un *stade initial*, un *stade ascendant* et un *stade résolutif*, il y eut pendant le séjour à l'hôpital, plusieurs *recrudescences* de courte durée de l'érythrodermie avec *recrudescence consécutive de la desquamation*.

Depuis qu'à l'automne de 1894, après être rentrée chez elle, elle eut un nouvel accès peu grave, elle serait maintenant tout à fait bien portante.

Au point de vue *étiologique*, on n'a dans le cas en question aucun point de repère.

Il semble, ainsi que l'admettent Brocq et autres spécialistes, qu'il doit exister une certaine relation entre la maladie et une série de modifications pathologiques du système nerveux. Dans le cas présent, il n'y a pourtant aucun motif immédiat pour admettre une pareille connexité.

L'étude de la maladie au point de vue histologique n'offre rien de bien caractéristique en ce qui concerne la peau (1) et on n'y procéda pas.

Diagnose. — Il ne peut être question ici ni d'eczéma ni de psoriasis. L'érythème scarlatiniforme a une évolution bien plus rapide et moins maligne. Quant au pityriasis rubra de Hebra, il se distingue par ses fines squames de la dermatite exfoliatrice généralisée.

Pour peu que l'on ait l'occasion d'observer l'évolution cyclique de la maladie, le diagnostic sera facile, tandis qu'il sera impossible au début.

(1) QUINQUAUD, VIDAL, cités par BROcq. *Arch. gén. de médecine*, 1884.

ORO MARIO. *Sulle dermatite esfoliativa generalizzata*. Travail présenté au XIV^e congrès de médecine italienne à Sceaux en 1891.

Complications. — Brocq signale une série de complications qui peuvent survenir au courant de cette maladie : surdité, amaurose passagère, iritis, hydarthrose des genoux, rhumatisme articulaire aigu, complications cardiaques caractérisées par des souffles d'insuffisance mitrale, paraplégie incomplète, etc. Le système nerveux (1) est tout spécialement exposé. Ce genre de complications était ici totalement absent, et il n'y avait pas le moindre affaiblissement ni de la vue, ni de l'ouïe.

J'insisterai spécialement sur la complication constituée par les *néoplasmes sarcomateux* qui se formèrent dans la peau pendant le premier séjour à l'hôpital.

Tandis que la dermatite universelle avait dans le courant d'un mois atteint son maximum et commencé à rétrograder, il commença alors à se développer au tronc et aux extrémités un certain nombre de néoplasmes à croissance rapide, atteignant la grosseur d'un pois, que l'examen histologique permit de classer parmi les *tumeurs angio-sarcomateuses*. Elles étaient fortement saillantes et dépassaient même la *grosseur d'un pois* à l'avant-bras droit et à la face dorsale du poignet droit. On pouvait y voir aussi disséminées sur la peau, de nombreux points *télangiectasiques* qui ne donnèrent pourtant pas lieu à des tumeurs, ainsi que, çà et là, des *suggillations* de la peau.

Pendant que la malade, après 3 mois d'hôpital, était au plus mal, fort débilitée, avec plaies décubitives très étendues et ictère et se trouvait en somme voisine du collapsus, les tumeurs subirent un arrêt de développement, et les *sarcomes disparurent en trois semaines environ*, ne laissant derrière eux que des taches pigmentaires.

Examen histologique des tumeurs. — Deux d'entre elles avaient la grosseur d'un fort pois, la troisième était de moindre dimension.

On reconnaît qu'elles affectent toute l'épaisseur de la peau et pénètrent même un peu dans le tissu sous-cutané.

La couche cornée recouvre la tumeur sans être altérée; la couche muqueuse est distendue, plus mince que d'ordinaire et sans prolongations interpapillaires. Aux frontières de la tumeur on voit des papilles fortement prolongées.

L'épaisseur du chorion est traversée par la tumeur qui pénètre sans limites bien définies jusque dans le tissu sous-cutané.

Le néoplasme est composé principalement de faisceaux irréguliers de *cellules fusiformes* de moyenne grosseur, réunies par un tissu conjonctif clairsemé. Entre ces faisceaux il y a un certain nombre de cellules rondes.

(1) C'est ainsi que Quinquaud a dans un cas constaté l'existence d'une myélite diffuse et d'une névrite parenchymateuse avec caducité des gaines myéliniques.

La partie la plus superficielle de la tumeur est parcourue par de nombreux *petits vaisseaux sanguins*, dont les parois ont la structure habituelle.

On voit en outre çà et là, surtout à proximité de la surface, un certain nombre de *cavités communiquant les unes avec les autres, et remplies de sang coagulé*.

Leur structure rappelle sur divers points celle propre au tissu caverneux. Certaines de ces cavités sont assez vastes, avec des ramifications dans diverses directions.

Les parties les plus profondes consistent presque uniquement en faisceaux cellulaires irrégulièrement distribués, et dirigés dans tous les sens. On y rencontre aussi des vaisseaux sanguins, mais en faible proportion.

Ces faisceaux sont formés par des groupes serrés de cellules fusiformes souvent assez allongées.

Le passage entre le néoplasme et le tissu sain a lieu insensiblement : lorsqu'on s'approche du tissu sain, les cellules fusiformes se font de plus en plus rares, tandis que les cellules rondes deviennent toujours plus nombreuses. L'examen des trois tumeurs fournit un résultat absolument identique. La plus petite des tumeurs avait une couche muqueuse interpapillaire plus épaisse, mais les prolongations étaient entièrement effacées.

On ne voit nulle part de pigment ni mélanotique, ni hémato-sique.

La sarcomatose cutanée ne peut guère être considérée que comme une *complication accidentelle* ; cependant on peut être amené involontairement à songer à une liaison possible entre la dermatite et la sarcomatose, ainsi qu'entre le stade initial dermatitique, *eczémateux* du *mycosis fongoïde* et le développement même des néoplasmes, qui semblent à bon droit pouvoir être considérés comme des espèces de sarcomes.

Lorsque la malade, une fois guérie de ses sarcomes, revint à l'hôpital avec de nouvelles explosions de dermatite universelle, nous nous attendions à voir revenir les sarcomes ; mais, au grand bénéfice de la malade, nous fûmes trompés dans notre attente.

Lors du second séjour à l'hôpital, il y eut aussi des néoplasmes dans la peau, mais ce n'étaient que des saillies verruqueuses au front et autour de la bouche, et elles disparurent spontanément.

Alors même que les sarcomes et les néoplasmes n'auraient rien à démêler ensemble, il n'en est pas moins certain que le sarcome cutané, intéressant à titre de complication, est spécialement intéressant par le seul fait de sa *guérison, ayant lieu tout à fait spontanément, de néoplasmes cutanés angiosarcomateux multiples et assez volumineux*.

Les cas de guérison de sarcomatose cutanée multiple sont rares dans la littérature. Un cas a été décrit par Köbner en 1886 (1) : fillette de 8 ans et demi avec sarcomes cutanés multiples à cellules fusiformes, guérie par l'emploi d'injections arsenicales sous-cutanées.

De Luca (2) a décrit un cas d'angiosarcomes multiples chez un homme de 57 ans, et qui cédèrent à l'application de tannin et de massages.

Je n'ai pas rencontré dans la littérature de cas de guérison, de la singulière, sarcomatose cutanée à laquelle Kaposi (3) avait donné le nom de sarcome pigmentaire idiopathique multiple ; mais j'ai eu personnellement l'occasion d'observer chez un malade affecté de ce mal, comme quoi certaines tumeurs isolées pouvaient subir une involution complète et disparaître sans retour. J'ai même vu de grosses tumeurs et de volumineux infiltrats disparaître sans laisser d'autres traces que du pigment.

Pour expliquer comment ces néoplasmes de nature maligne, qui ont une grande ressemblance histologique avec les angiosarcomes décrits plus haut, peuvent disparaître spontanément, je crois qu'il convient de recourir à l'hypothèse d'une *dégénérescence sanguinolente*, les cavités hématiques devenant de plus en plus vastes, envahissant peu à peu toute la tumeur, et finissent par tout coaguler, le néoplasme disparaissant alors et ne laissant derrière lui que le pigment provenant du sang coagulé.

D'après cette explication, il n'y aurait que les sarcomes à fort développement vasculaire, c'est-à-dire les angiosarcomes, qui puissent ainsi rétrograder et disparaître.

Les deux cas de guérison de sarcomes cutanés multiples rencontrés dans la littérature étaient effectivement des néoplasmes angiosarcomateux.

Traitement. — Le traitement de la dermatite fut tout le temps symptomatique, avec enveloppes d'ouate, liniments adoucissants, compresses, etc., et n'offre aucun intérêt spécial,

L'arsenic fut employé en quantité si minime et pendant un temps si court qu'il n'a pu avoir grande influence ni sur la dermatite, ni sur la sarcomatose.

L'arsenic fut surtout employé immédiatement avant le moment où les sarcomes commencèrent à se développer.

(1) *Berliner Kl. Woch.*, 1883, 2.

(2) DE LUCA. Angiosarcoma multiple della pelle di origine neuropatica, référée dans l'*Arch. f. Dermat. med. syph.*, 1890, p. 251.

(3) Au congrès de Rome en 1894, Kaposi s'est enfin décidé à changer le nom mal choisi de sarcome pigmentaire en celui de sarcome hémorrhagique idiopathique multiple.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1895

PRÉSIDENCE DE M. ERN. BESNIER

SOMMAIRE. — *A propos du procès-verbal* : De l'hydrocystome et de la dyshidrose, par M. HALLOPEAU. — Action curative de l'érysipèle sur les lupus. Présentation de malade, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, MAURIAC, WICKHAM, FOURNIER.) — Des injections intra-musculaires de calomel, par MM. F. VERCHÈRE et CHASTANET. — Dix-septième rhumatisme blennorrhagique. Présentation de malade, par M. EMERY. (Discussion : MM. MAURIAC, HERMET, JACQUET, GASTOU, BARTHÉLEMY, GALEZOWSKI, FOURNIER, JULLIEN.) — Névrodermite eczémateuse probable. Présentation de malade, par M. WICKHAM. (Discussion : M. BROCCQ.) — Sur une nouvelle forme de tuberculose cutanée suppurative et son interprétation physiologique. Présentation de malade, par M. HALLOPEAU. — Sept chancres de la verge et du bas-ventre. — Hystérie parasymphilitique. — Déformation du doigt dans la blennorrhagie. Présentations des malades, par M. FOURNIER. — Lèpre nostras. Présentation de malade, par M. DU CASTEL. Examen histologique, par M. DARIER. (Discussion : M. SABOURAUD.) — Acné de Tenneson. Présentation de malade, par M. HALLOPEAU. — Sur les affections oculaires syphilitiques de troisième génération, par M. GALEZOWSKI. — Observation d'eczéma séborrhéique psoriasiforme, par M. BARTHÉLEMY. — Éruption érythémato-bulleuse quinique, par M. HARALAMB (de Bucharest). — Traitement du lupus par la chloroline, par M. BROUSSE.

Ouvrage offert.

La syphilis en Algérie, par M. REY.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Hydrocystome et dyshidrose.

Par M. H. HALLOPEAU.

J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Thibierge sur les cas qu'il a rattachés à l'hydrocystome de Robinson et qu'il s'est efforcé de différencier de la dyshidrose, mais j'avoue n'avoir pas été convaincu, pour certains d'entre eux, du bien-fondé de cette distinction : il en est ainsi particulièrement du fait que j'ai communiqué en 1892 à la Société sous le nom de *dyshidrose du nez* et dont le diagnostic a été confirmé par notre regretté collègue Vidal.

Suivant M. Thibierge, les éléments éruptifs de la dyshidrose sont

moins durs et moins persistants ; ils se rompent spontanément et donnent lieu à une desquamation ou à une exsudation de liquide ; l'affection ne se limite pas exclusivement au visage et ne se reproduit pas régulièrement pendant des années.

Aucun de ces signes ne me paraît avoir une valeur décisive. Les éléments de la dyshidrose ont souvent une grande persistance ; nous avons vu ses bulles durer pendant plus d'un mois ; elles peuvent ne pas se rompre spontanément, même à la plante des pieds où elles sont exposées à d'incessants traumatismes. *Leur dessiccation et la macule brunâtre qui leur faisait suite dans notre fait appartiennent en propre à la dyshidrose* et en sont presque caractéristiques. Nous avons vu la dyshidrose se reproduire chaque année dans les mêmes régions. Dire enfin qu'il ne s'agit pas de dyshidrose parce que les altérations sont limitées à la face, n'est-ce pas faire une pétition de principe ?

Nous ne pouvons donc que répéter ce que nous avons dit dans la dernière séance : si ces altérations siégeaient aux extrémités, on en ferait de la dyshidrose ; une différence de localisation suffit-elle à entraîner une différence de nature ? Nous ne le pensons pas, d'autant mieux qu'il s'agit dans tous les cas d'une maladie des glandes sudoripares, maladie non inflammatoire, quoi qu'en ait dit Robinson, lorsqu'il ne se produit pas d'irritations accidentelles ; en effet, dans la dyshidrose simple, il n'y a ni rougeur à la peau, ni douleur.

Nous ferons remarquer, en terminant, combien la dénomination d'hydrocystome laisse de confusion relativement à la nature réelle de la maladie : s'agit-il de tumeurs ? Mais alors comment les voit-on s'affaïsser et disparaître au bout de peu de temps dans la plupart des cas ? Nous croirions volontiers que Robinson a confondu dans sa description deux ordres différents d'altérations : les unes sont permanentes, constituent de véritables kystes et peuvent conserver la dénomination d'hydrocystomes ; les autres sont des cas de dyshidrose limitée au visage : il en était ainsi de notre fait.

Action curative de l'érysipèle sur les lupus.

Par M. H. HALLOPEAU.

Dans la dernière séance, M. Barbe a rapporté un cas de guérison, par un érysipèle intercurrent, d'un lupus de la face qui résistait à un traitement par le galvano-cautère et il s'est demandé si l'on ne serait pas en droit d'inoculer le streptocoque érysipélateux comme moyen de traitement ; nous ne pouvons que nous associer à la proposition de M. Barbe, car, à plusieurs reprises déjà, nous l'avons formulée ; nous

disions en effet, en 1893, dans une communication sur les trêves de la tuberculose au troisième congrès de la tuberculose : nous nous demandons si, en présence d'une maladie aussi pénible, aussi rebelle, aussi difficile à guérir, on ne serait pas autorisé à recourir aux inoculations d'érysipèle bénin.

Tout récemment, nous émettions dans le cinquième fascicule de la publication intitulée : *le musée de l'hôpital Saint-Louis*, les propositions suivantes : « ce qui pourrait arriver de plus heureux à ce malade (il s'agissait d'un cas de lupus érythémateux que nous considérons comme de nature tuberculeuse), au point de vue de son éruption, serait qu'il contractât un érysipèle de la face ; si, comme des faits publiés récemment tendent à l'établir, on est dès à présent en mesure d'enrayer à volonté cette maladie par des injections de ses toxines, on est par cela même en droit de l'inoculer à un sujet atteint de lupus, en se réservant de combattre efficacement cette complication volontairement provoquée si elle paraît prendre un caractère dangereux » ; et nous ajoutions : « il y aurait lieu de créer à l'hôpital Saint-Louis un service d'isolement où ce traitement, applicable également au lupus vulgaire, serait méthodiquement mis en œuvre ». Nous dirons enfin que nous avons traité avec M. Roger, pendant tout le courant de l'année qui vient de s'écouler et l'automne de l'an passé, plusieurs cas de lupus par des inoculations de toxines érysipélateuses contenant les cadavres des streptocoques et que nous ferons très prochainement connaître les résultats incomplets, mais réels, de ce traitement.

J'ai fait allusion, il y a deux ans, dans ma communication au congrès de la tuberculose, à une malade guérie depuis quatre ans d'un lupus vulgaire par un érysipèle intercurrent : j'ai l'honneur de vous la présenter et vous pouvez voir qu'elle peut être encore aujourd'hui considérée comme guérie de son lupus qui datait de 1878 et avait été traité inutilement pendant plus de deux ans par le galvano-cautère : l'étendue des cicatrices montre qu'il s'agissait d'une forme grave.

Ce que nous disions relativement à la cure possible de tout érysipèle par les injections de ses toxines ne paraît malheureusement pas s'être confirmé, non plus que l'action attribuée par Unna et Juhel-Rényo à l'ichtyol ; ces moyens exercent cependant une action certainement très atténuante et dans une certaine mesure curative ; nous continuons donc à penser que, en inoculant des produits d'érysipèle bénin, on serait en droit d'essayer méthodiquement cette médication, quelque hardie qu'elle puisse paraître.

M. ERN. BESNIER. — La question de l'érysipèle curateur du lupus n'est pas nouvelle ; je l'ai traitée, pour ma part, dans les notes de la *Trad. franç. de Kaposi* (2^e édition 1890, t. II, p. 455, II). Lorsqu'il évolue sur des tégu-

ments occupés par un lupus, un léprome, un syphilome, etc., l'érysipèle exerce une action *inhibitoire* remarquable, bien connue, et presque toujours temporaire et courte dans les grands lupus confluents. Si l'on veut traiter cette question scientifiquement, il est indispensable de compter les cas, et si elle était traitée *expérimentalement* il serait tout à fait désirable que les malades fussent montrés *avant*, et leur situation totale bien précisée. Nous serons, dans ces conditions, des premiers à proclamer les résultats obtenus.

M. HALLOPEAU. — Je ne sais si le cas de M. Barbe guérira, mais la malade que je viens de présenter est restée guérie depuis 6 ans. Alors qu'auparavant elle avait été traitée infructueusement partout les procédés, alors que le lupus était grave, et l'on peut en juger d'après l'étendue de la cicatrice et la perte de substance qu'a subie le nez, seul l'érysipèle a amené le résultat obtenu.

M. ERN. BESNIER. — La légitimité de l'inoculation de l'érysipèle à un sujet atteint de lupus réside tout entière dans la question de savoir si l'infection antistreptococcique, assure sûrement contre le danger de mort en cas d'érysipèle; or je crois pouvoir dire que la réponse est négative. Je serai plus affirmatif sur ce qui concerne l'inoculation des éléments d'un érysipèle aussi bénin qu'on puisse le supposer; chacun sait comme moi que l'érysipèle le plus bénin, peut communiquer à un autre sujet un érysipèle grave et mortel. Ce n'est pas l'élément inoculé, en ce cas, qui est le facteur essentiel de gravité, c'est le terrain d'inoculation; le sujet inoculé est l'agent absolu.

M. MAURIAC. — L'influence curative de l'érysipèle se montre encore plus marquée dans les lésions syphilitiques. Les lésions graves de la gorge, du pharynx, de la face paraissent céder rapidement à la suite de l'érysipèle. On a étendu cette notion à nombre de lésions, mais il faut savoir qu'il n'y a qu'une suspension momentanée dans la marche envahissante des lésions. Dès que l'érysipèle s'est terminé, toutes les lésions se reproduisent; la seule chose qui me paraît à signaler c'est que les retours offensifs de la syphilis paraissent plus atténués. Je puis citer un fait. Un jeune homme était atteint de syphilis grave lorsqu'il fut atteint d'eczéma rubrum; sous cette influence la syphilis s'améliora avec une rapidité considérable, mais bientôt elle reparut, et malgré l'état fâcheux où l'avait mis son eczéma, les lésions étaient beaucoup moins marquées, beaucoup moins intenses. En présence de ces faits, je me suis posé la question: Est-on autorisé à enrayer une syphilis grave par une inoculation de l'érysipèle. Doit-on le faire? Devant la gravité inconnue de l'érysipèle, je me suis répondu par la négative.

M. L. WICKHAM. — Les érysipèles répétés chez des lupiques peuvent avoir des conséquences inattendues et fort graves, de l'ordre de l'éléphantiasis. M. Sabouraud a montré que les lymphangites fréquemment récidivantes dans les éléphantiasis des jambes sont dues au streptococque, et que ces érysipèles à répétition sont les causes réelles de l'éléphantiasis. Chez un

malade qui eut une lymphangite de toute la face après des scarifications pour le traitement d'un lupus, le tissu cellulaire resta épaissi, éléphantiasique, le masque facial était absolument déformé. Même chose était arrivée deux ans auparavant. Cet état disparut heureusement au bout de deux mois. Au milieu de tout cela, le lupus est resté dans le statu quo.

M. BARTHÉLEMY. — Je me souviens et M. Fournier se souviendra aussi, puisque c'était dans son service, d'avoir vu une jeune femme atteinte d'un lupus du nez. C'était vers 1881 ou 1882, lors de la vogue des scarifications, et cette malade fut soumise à des séances répétées de scarifications.

Le lupus allait du reste bientôt être détruit et nous parlions déjà d'enregistrer une guérison, quand un érysipèle survint, d'abord d'apparence bénigne et presque bien accueilli dans l'espoir que la guérison aurait plus de chance d'être définitive.

Mais la lymphangite infectieuse se propagea bientôt aux cavités internes puis aux méninges, soit par thrombose, soit autrement, et la malade, comateuse, succomba en quelques jours en dépit de la quinine, des bains froids, et de tous les traitements. De ce cas très instructif, il découle que le traitement d'une lésion quelconque, même du lupus, par l'érysipèle est un traitement bien *difficile à doser*, à diriger, et qu'il est dangereux et aléatoire dans l'état actuel de nos connaissances. J'ajouterai que c'est ce cas qui m'a fait abandonner les scarifications pour les pointes de feu.

M. FOURNIER. — Comme l'a très bien dénommé M. Ern. Besnier, l'érysipèle ne doit être considéré que comme un agent d'inhibition. Toujours à la disparition de l'érysipèle j'ai vu les lésions se reproduire.

Il est un exemple fameux de cette action inhibitive. Il s'agissait non d'un lupus, mais d'un chancre, c'était le fameux chancre serpigineux du malade de Ricord, qui dura 17 ans. A bout de traitement on voulut inoculer l'érysipèle, tous les moyens furent mis en œuvre, et échouèrent lorsqu'un jour spontanément survint un érysipèle. Ce fut une merveille. En quelques semaines le chancre qui occupait une grande étendue se réduisait à une petite ulcération au niveau de la partie inférieure de la cuisse, mais, quelques mois après, reparut, s'étendit. Je revis souvent le malade, son chancre ne guérit jamais. J'ai vu bien des cas semblables, entr'autres un avec Verneuil, où il s'agissait d'un chancre phagédénique des paupières. L'érysipèle, je le répète, est un agent d'inhibition et non un agent curateur.

Des injections de calomel.

Par MM. F. VERCHÈRE et CHASTANET.

Dans la dernière séance, j'ai pris la parole à propos de la communication de notre collègue Feulard ayant trait à la technique des injections de calomel, et j'ai laissé entendre que dans ma pratique les résultats ne m'avaient pas semblé aussi acceptables que le disaient les

défenseurs de la méthode de Scarenzio. J'ai résolu de faire une expérience suffisamment étudiée pour pouvoir en toute conscience et sans parti pris donner ici mon opinion sur cette méthode de traitement.

Je me suis mis dans les conditions parfaites, telles que nous les a demandées M. Feulard. Je ne me suis servi que d'instruments parfaitement et soigneusement stérilisés avant chaque piqûre. Je n'ai employé que du calomel mis en suspension depuis à peine trois ou quatre heures dans de l'huile soigneusement stérilisée par M. F. Vigier qui a eu l'extrême obligeance de me préparer ainsi chaque injection à part, dans un petit flacon contenant exactement 0,05 centigr. de calomel dans 1 gr. d'huile stérilisée.

Avec toutes ces précautions, que j'affirme avoir été idéalement rigoureuses, nous avons fait M. Chastanet, mon interne et moi, 67 injections de calomel depuis la dernière séance, et chaque jour une note a été prise sur chacune de nos malades, chaque jour la région siège de l'injection a été examinée.

Le lieu de l'injection a toujours été la fesse et la partie supérieure de la fesse, afin de m'éloigner du point d'émergence du sciatique. J'ai avec grand soin évité le tissu cellulaire, et mon aiguille était toujours enfoncée sous l'aponévrose; le liquide était tout entier poussé dans le tissu musculaire. Si cette condition n'est pas remplie, on a presque inévitablement une fonte du tissu cellulaire et l'ouverture assez rapide, vers le quinzième jour, d'un petit pertuis par où s'écoule un liquide épais, couleur chocolat, qui n'est pas du pus, mais n'en donne pas moins tous les symptômes d'un abcès.

Avant de donner les effets locaux produits par ces 67 piqûres, je dois dire que quelques-unes de mes malades avaient déjà subi antérieurement, il y a trois, quatre, cinq ou six mois, des injections de calomel. Celles-ci avaient été faites différemment. J'avais injecté 0,10 centigr. chaque fois et le calomel n'était pas récemment préparé. De sorte que ces injections n'ont pas été faites dans les mêmes conditions que celles où s'est placé, et à juste raison, je le crois, notre collègue Feulard. Toutes ces injections à 0,10 centigr. ont été suivies de douleurs extrêmement vives, les malades étaient forcées de garder le lit, ne pouvaient s'asseoir et l'apparition d'un gros nodus était la règle. Chez quelques-unes la fonte de ce nodus apparut du dixième au quinzième jour, et comme je l'ai dit dans la dernière séance, j'avais ainsi 1 fois sur 15 piqûres à peu près des abcès. Je rappellerai même à ce propos à mon collègue Jullien que je le priai à deux reprises de venir lui-même faire deux injections sur deux malades de mon service, il y a de cela deux ans, et que toutes deux furent suivies d'ouvertures d'abcès. Chez une autre malade atteinte d'ataxie locomotrice, celle dont j'ai parlé dans la dernière séance, dont les dents il est vrai

étaient loin d'être parfaites, une seule injection de 0,10 centigr. fut suivie de stomatite.

Mais je passe sur ces faits antérieurs et veux m'en tenir aux 67 injections que j'ai faites en vue exclusive de cette communication et, je le répète, dans les conditions idéalement requises.

J'examinerai les trois points en litige : la douleur, la présence d'un nodus, l'apparition de la stomatite.

La douleur au moment de la piqûre est parfaitement négligeable. Sur mes 67 piqûres, aucune ne fut véritablement douloureuse. Si l'on a soin d'enfoncer délibérément et profondément l'aiguille dans le muscle, les malades n'éprouvent aucune douleur. La pénétration du liquide, même sans être attiédi, est à peine perçue. Je n'ai eu à cet égard aucune plainte de la part de mes malades. Je n'ai trouvé aucune différence entre la fesse gauche et la fesse droite. Toutes mes séries d'injections ont été faites tantôt à gauche, tantôt à droite, et dans les tableaux que j'ai dressés je vis les jours de douleurs tout aussi nombreux pour la gauche que pour la droite.

La date de l'apparition de la douleur est variable. Je vis seulement 17 fois la douleur signalée le deuxième jour, jamais le premier et je ne vis cette douleur notée comme très marquée le second jour que dans un seul cas : la malade ne pouvait se tenir debout, ni s'asseoir, elle fut forcée dès ce moment de rester couchée sur le côté opposé à la piqûre. C'était une fesse droite. Puis la deuxième nuit, plus souvent la troisième, les malades sont tenues, dans la plupart des cas, constamment éveillées par la douleur, soit spontanée, soit réveillée par la pression lorsque la malade vient à s'appuyer sur le siège de la piqûre. Je dirai de suite que sur mes 67 injections, 20 restèrent complètement et parfaitement indolores et ne s'accompagnèrent d'aucun trouble fonctionnel. Chez toutes les autres, c'est le troisième jour que la douleur apparut ; douleur variable dans son intensité, mais souvent très violente. Cette douleur pouvait être spontanée ; sensation de tension, parfois d'élancements. Elle empêchait les malades de s'asseoir et leur interdisait tout autre décubitus que le décubitus latéral. Ces douleurs ne restaient pas localisées au siège de l'injection, elles s'irradiaient plus ou moins loin. Chez une malade elles prenaient les caractères d'une véritable rachialgie ; chez un grand nombre, une dizaine à peu près, elles occupaient tout le membre inférieur, donnant une sensation d'engourdissement très pénible en produisant des crampes fort douloureuses. Chez trois malades il y eut des fourmillements et des sensations d'engourdissement jusque dans le gros orteil et à la plante des pieds.

La marche est gênée par la douleur de la fesse. Les contractions du grand fessier sont douloureuses et les malades boitent d'une façon très notable. Cette claudication a été notée chez la plupart de

nos malades et cela pendant quatre ou cinq jours; on avait surnommé mon service « *le service des éclopées* ». Il est très certain que la grande majorité des malades eussent été incapables de remplir une fonction active, de marcher, ou de supporter une fatigue quelconque.

La durée de ces douleurs a été variable, le plus fréquemment elles commençaient le troisième jour et duraient jusqu'au sixième ou septième jour; mais dans nombre de cas, douze cas, elles ont duré jusqu'au dixième jour et dans deux cas plus de quinze jours. Je crois que ces douleurs ne pourraient se dissimuler et certainement le malade auquel on aurait fait une injection de calomel, sera presque toujours forcé d'interrompre ses occupations.

La douleur n'est pas en rapport avec le volume et l'acuité du nodus qui se produit au niveau de la piqure. J'ai eu des exemples nombreux de malades souffrant très violemment et chez lesquelles on ne trouvait trace de nodus. Par contre, celui-ci peut se montrer parfois volumineux sans faire naître de douleurs.

Le nodus dans mes 67 injections, est apparu 32 fois, c'est-à-dire à peu près une fois sur deux. Il a pu se présenter sous trois formes différentes. Ou bien l'on percevait dans la profondeur sous l'aponévrose, une tumeur arrondie, lisse, fixe, qu'on ne pouvait mobiliser. On la percevait en mettant la main à plat sur la fesse et on n'avait d'autre notion que celle d'une dureté hémisphérique. Dans une autre forme, il existait un empatement plus ou moins diffus, une nappe moins dure, mais résistante et analogue à ce que présente le phlegmon au début. Dans trois cas j'ai été pendant deux jours inquiété par des empâtements de cette nature. Les tissus étaient tendus, rouges, luisants, très douloureux, les malades ressentaient des élancements et très certainement, je pouvais craindre le début d'un phlegmon profond. Heureusement cet orage s'est calmé spontanément, mais m'a laissé dans l'inquiétude pendant sa durée, qui fut de trois ou quatre jours. Le plus souvent cet empatement est plus localisé et ne s'accompagne pas de phénomènes aussi aigus que dans ces cas particuliers. Je trouve cette seconde forme signalée cinq fois dans mes notes. Enfin la troisième forme du nodus est celle qui s'accompagne d'adhérences à la peau. On trouve celle-ci infiltrée dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou de un franc, adhérente dans sa partie profonde, d'ordinaire bleue, violacée et se continuant avec une petite tumeur du volume d'une noisette, ou d'un noyau de tumeur sous-aponévrotique. Je crois dans ces cas qu'il faut attribuer cette petite tumeur à la présence dans le tissu cellulaire de quelques gouttes d'huile et de calomel, et c'est toujours avec cet aspect que se présente l'abcès quand il existe et qu'il est prêt à s'ouvrir. Je dois cependant signaler une malade chez laquelle les quatre injections que je lui fis furent toutes les quatre suivies d'un nodus avec adhérence de la peau et

que deux d'entre elles s'ouvrirent à l'extérieur. J'ajouterai que ces deux dernières étaient de 0,10 centigr. et faites avec des solutions peu fraîches.

La persistance du nodus est très variable. Parfois on ne le perçoit que pendant quatre, cinq ou six jours, le plus souvent il ne disparaît qu'après dix à quinze jours, parfois il ne disparaît pas et la dernière forme que j'ai signalée est certainement celle qui persiste le plus longtemps. Je connais un nodus gros comme une petite pomme, qui date de huit mois et qui n'a nulle tendance à disparaître. Je rappelle un fait de nodus de Morel-Lavallée où cette induration persiste depuis plus d'un an.

Cette apparition du nodus et sa persistance me paraissent peu en faveur de l'injection de calomel comme traitement facilement dissimulable.

Dans cette série de 67 injections aucune n'a donné lieu à une ouverture d'abcès. Mais je dois dire qu'à plusieurs reprises j'ai eu bien des craintes, et que je ne crois pas qu'on puisse affirmer qu'on est toujours à l'abri de cet accident, quelques précautions que l'on prenne.

Les partisans convaincus de la méthode de Scarenzio regardent les injections de calomel comme ne produisant pas de stomatites, ou tout au moins, si elles sont faites à doses modérées, comme n'en donnant qu'exceptionnellement. Or, mes 67 injections ont été faites chez des malades dont l'état général pour la plupart était fort satisfaisant et jeunes, elles avaient de 17 à 22 ans. Je n'ai jamais dépassé pour chaque injection la dose de 5 centigr., ce qui est la dose minima, et cependant j'ai eu des stomatites. Mes injections, comme l'avait conseillé Feulard, étaient répétées tous les sept jours, et dans tous les cas où j'ai eu de la stomatite sauf deux, c'est après la deuxième injection qu'elle est apparue. J'ai eu six stomatites sur 67 injections. Deux fois le cinquième jour, une fois le septième, une fois le huitième après la deuxième piqûre et deux fois après la troisième piqûre le deuxième et le troisième jour. De toutes ces malades une seule avait de mauvaises dents, les molaires étaient presque toutes cariées, chez les autres, les dents étaient normales, chez d'eux d'entre elles elles étaient remarquablement saines. La stomatite se localisa à la face interne des joues, chez les unes à gauche, chez les autres à droite, s'accompagnant de gingivite. Chez une malade, encore dans mon service, la stomatite occupe toute la bouche, langue, joues, gencives, elle a des ganglions très gros et sa stomatite est réellement grave. Elle est à son douzième jour de stomatite, c'est la malade chez laquelle la stomatite apparut le deuxième jour après sa troisième piqûre, c'est-à-dire qu'elle eut une injection alors qu'elle était déjà sous le coup de l'apparition de sa stomatite.

De cette expérience il m'est permis de conserver les conclusions

que j'avais déjà tirées de ma pratique antérieure. Malgré la technique parfaite que nous a très justement donnée M. Feulard, et que je mettrai en pratique chaque fois que j'aurai à faire une injection de calomel, je n'en persiste pas moins à croire que le traitement de la syphilis par les injections de calomel ne peut être qu'un traitement d'exception, que son action doit être réservée aux cas où l'on est contraint d'avoir recours à un traitement intensif pour des manifestations graves de la syphilis, mais qu'il ne peut être considéré comme le traitement courant de la syphilis. Les douleurs à peu près constantes et parfois très violentes qu'il détermine, les troubles fonctionnels qu'il entraîne, en font un traitement extrêmement pénible, impossible à dissimuler et dont l'utilité n'est nullement démontrée dans les formes banales de la syphilis.

Attaques de rhumatisme blennorrhagique

Par M. E. EMERY.

Ch..., âgé de 42 ans, entré dans le service du professeur Fournier le 30 novembre.

Cet homme est un ancien malade du service, et la première partie de son observation a été publiée *in extenso* par M. le docteur Basset dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, en 1886.

La voici résumée en quelques mots :

Le malade prend sa première blennorrhagie en 1876. Immédiatement après, il ressent les premières atteintes de l'affection rhumatismale blennorrhagique pour laquelle il est encore en traitement à l'heure actuelle, plus de vingt ans après. Il contracte successivement de nouvelles blennorrhagies, en 1877, 1879 et 1880. Chaque blennorrhagie est suivie à brève échéance d'une nouvelle poussée rhumatismale à localisation variant d'une attaque à l'autre.

Dans le cours de sa quatrième blennorrhagie, le malade traverse successivement des phases d'amélioration et de recrudescence de son affection.

La moindre fatigue, tout excès alcoolique est prétexte à récurrence et, fait particulier, le plus léger traumatisme de son canal (sondage, cathétérisme) provoque instantanément le réveil des douleurs. De juillet 1880, à juin 1884, le malade subit 7 attaques consécutives de rhumatisme.

Les localisations successives sont multiples : presque toutes ses articulations sont plus ou moins gravement atteintes, et plus particulièrement les petites articulations : sterno-claviculaire, temporo-maxillaire, occipito-atloïdienne, vertébrales, métatarso-phalangiennes, tarsiennes, etc., enfin la chaîne des osselets (obs. de M. Hermet dans l'*Union médicale*, t. II, 1884, p. 1059). Parmi les grosses articulations, la tibio-tarsienne et la tibio-fémorale sont surtout atteintes ; le membre supérieur semble plus épargné

par la diathèse. Les synoviales ne sont guère plus épargnées : synovites du tendon de la patte d'oie des péroniers, des extenseurs des orteils, non plus que les bourses séreuses, et principalement les bourses sous-calcanéennes et rétro-calcanéenne dont M. le professeur Fournier a démontré l'électivité dans le rhumatisme blennorrhagique. Enfin, une conjonctivite simple ou double, constante, mais de peu de durée, accompagne chaque exacerbation rhumatismale. Pendant toute cette première période, le rhumatisme blennorrhagique revêt la forme aiguë : fièvre, rougeur et gonflement des articulations, hydarthroses, etc.; mais en juin 1884, ce sont surtout des lésions de rhumatisme chronique que l'on constate. Les déformations articulaires portent de préférence sur les articulations des pieds. D'abord les douleurs calcanéennes subsistent et s'exacerbent à la marche. Le premier orteil du pied droit est déjeté en dehors sans subluxation, le deuxième du même pied est un exemple typique de la déformation dite « en radis », décrite par M. le professeur Fournier comme caractéristique du rhumatisme blennorrhagique. On constate également une hypertrophie osseuse au point d'insertion du tendon d'Achille.

Les phalanges des premier et deuxième orteils du pied gauche forment avec leur métatarsien correspondant, un angle ouvert en haut par le fait de la rétraction de leurs tendons.

Là se termine la première partie de l'observation, mais depuis cette époque, le malade est revenu demander les soins de M. le professeur Fournier à plusieurs reprises.

En 1888, il prend sa cinquième blennorrhagie. Huit jours après l'apparition de l'écoulement (27 février), nouvelle invasion de la conjonctive, de l'articulation sterno-claviculaire et des bourses calcanéennes; l'articulation temporo-maxillaire est également atteinte et rétrécit encore davantage, par son ankylose croissante, l'ouverture déjà très limitée de la bouche.

Le malade sort le 24 mars, guéri.

En 1890, le 17 décembre, le malade contracte sa sixième blennorrhagie.

La conjonctive, l'articulation temporale et les deux tibio-tarsiennes sont prises immédiatement après; des injections de cocaïne locales soulagent beaucoup les douleurs devenues insupportables en ce dernier point. Mais il ne reste que deux jours dans le service et le quitte non guéri pour aller quérir les soins du Dr Magnan, à Sainte-Anne. Ce malade est en effet atteint de morphinomanie depuis 1882. Il arrive à cette époque à faire une énorme consommation de ce médicament (presque 1 gr. par jour) et cette pratique provoque l'apparition de nombreux abcès, dont il porte encore la trace, principalement à la partie supérieure des cuisses.

Il reste environ cinq mois en traitement à l'asile Saint-Anne, puis il est envoyé en convalescence à l'asile de Vaucluse. On cesse complètement les piqûres à cette époque. Son état général s'améliore. L'appétit, totalement disparu, revient peu à peu.

Huit jours à peine après la cessation des piqûres, on constate sur le malade un œdème généralisé. Il se plaint de troubles de la vue, de suffocations nocturnes. L'examen de ses urines y décèle la présence de cinq grammes d'albumine.

Le malade rentre immédiatement à Paris, se fait recevoir dans le service de M. Hayem, qui porte le diagnostic de néphrite infectieuse, déterminée par la suppuration prolongée du tissu cellulaire au niveau des piqures.

Il en sort bientôt guéri, mais il est repris des mêmes accidents après quelques jours de travail. Rentré dans le service du professeur Hayem, il en sort guéri au bout de deux mois.

Le malade reprend ses occupations, mais, en avril de la même année, il contracte sa septième blennorrhagie.

Étant bientôt atteint d'un rétrécissement en chapelet, il entre chez le Dr Reynier à l'hôpital Tenon, pour se faire opérer.

On pratique sur lui l'opération de l'uréthrotomie interne. Celle-ci supprime son rétrécissement, mais il sort bientôt du service, ayant gardé sa blennorrhagie en pleine activité. Il reste couché chez lui pendant quinze jours, puis il est pris brusquement d'une crise de rhumatisme déformant, atteignant principalement les articulations des pieds. Les deuxième et cinquième orteils du pied droit se luxent.

Les deuxième et troisième orteils du pied gauche subissent une déformation en griffe; la rétraction tendineuse faisant décrire aux premières phalanges un angle droit ouvert en haut avec la tête des métatarsiens, tandis que la deuxième phalange, sans ankylose, retombe sur la première.

Rentré dans le service du Dr Reynier, celui-ci pratique l'amputation du deuxième orteil du pied droit, et tente le redressement des deux orteils du pied gauche par la ténotomie, suivie de l'application d'un appareil de redressement.

Il sort de ce service complètement guéri.

En mai 1892, le malade contracte sa huitième blennorrhagie.

La conjonctive et l'articulation sterno-claviculaire sont atteintes, de même que la colonne vertébrale, en trois endroits différents (région interscapulaire, dorsale et lombaire). La douleur que ressent le malade en ce point, s'accompagne d'une tuméfaction très manifeste. La teinture de colchique, les pointes de feu et les douches sulfureuses forment la base de son traitement.

Il sort de la salle Saint-Louis guéri, le 9 juin.

Le 15 janvier 1895, le malade contracte sa neuvième blennorrhagie.

La conjonctivite est encore le premier phénomène en date. L'articulation temporo-maxillaire est atteinte de nouveau. Le malade ressent de vives douleurs sous le talon et au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. On le traite par l'iodure de potassium et les douches sulfureuses. Il sort guéri le 9 mars.

Vers le 20 octobre, le malade est pris d'une dixième blennorrhagie; trois jours après il est pris de conjonctivite, de douleurs dans le genou et de douleurs d'oreille. Les articulations sterno-claviculaires et temporo-maxillaires sont également atteintes.

Il entre dans le service du professeur Fournier, salle Saint-Louis, le 30 novembre.

Cette nouvelle et dernière attaque de rhumatisme est des plus bénignes. Depuis longtemps déjà, les manifestations rhumatismales ont pris le caractère aigu.

Le malade n'a aucune fièvre, pas de gonflement ni rougeur articulaire. Il éprouve seulement quelque raideur dans les genoux, la marche n'est pas compromise. Les douleurs temporo-maxillaires sont disparues, mais les mouvements d'abaissement du maxillaire sont très limités et laissent à peine un intervalle de 3 centim. entre les arcades dentaires.

La conjonctivite est complètement disparue. M. Hermet, qui procède de nouveau à l'examen de son oreille, constate que les membranes du tympan sont intactes. Les douleurs, nulles à l'état de repos, sont réveillées quand, par le procédé de Valsalva, on imprime un mouvement à la chaîne des osselets. Les déformations articulaires sont presque nulles. On constate cependant des lésions de plus en plus accentuées des orteils.

Pour le pied droit. — Le gros orteil est déjeté en dehors par l'hypertrophie de la tête du métatarsien correspondant.

Ankylose métatarso-phalangienne complète, immunité de l'articulation des deux phalanges. Le deuxième orteil est amputé.

Le troisième et le quatrième présentent les déformations en griffe, mobilité de la deuxième phalange sur la première.

Le petit orteil rejeté en dedans chevauche sur les orteils voisins et est ankylosé.

Pour le pied gauche. — Le gros orteil est droit, toutes les articulations sont prises.

Le deuxième et le troisième orteils ténotomisés par M. Reynier ont repris en partie leurs anciennes déformations; les deux derniers sont normaux.

En résumé, ce malade est surtout intéressant parce qu'il est un exemple: 1° de la concomitance du rhumatisme avec chaque blennorrhagie; 2° de la reprise du rhumatisme à la suite d'une recrudescence de la blennorrhagie (excès alcooliques, cathétérisme).

Il est de plus un spécimen de rhumatisme blennorrhagique quant à des localisations de prédilection: 1° sur les petites articulations (osselets, temporo-maxillaire, sterno-claviculaire); 2° sur les synovites tendineuses (tendon des péroniens, de la patte d'oie, des extenseurs des orteils); 3° sur les bourses séreuses (bourses sous et rétro-calcanéennes).

M. MAURIAC. — Il m'est arrivé souvent de ne pas compter les attaques de rhumatisme blennorrhagique chez les mêmes sujets, tant elles devenaient nombreuses. L'exemple le plus frappant qu'il m'ait été donné d'observer à cet égard-là est celui d'un pauvre blennorrhagien dont l'histoire complète demanderait une heure pour être racontée dans tous ses détails. Il entra une première fois dans mon service en 1872 pour une blennorrhagie compliquée d'un rhumatisme un peu disséminé dans toutes les articulations et dont la guérison fut très longue.

Peu de temps après, il contracta une nouvelle blennorrhagie et eut une deuxième attaque de rhumatisme plus violente, plus généralisée et plus tenace que la première. Elle le tint au lit pendant six mois. Les extré-

mités supérieures furent réduites à une impotence si complète qu'il ne pouvait rien porter à sa bouche et qu'on était obligé de le faire boire et manger. Quant aux inférieures, elles étaient aussi incapables de mouvements simples que les supérieures. Tout ce que le blennorrhagisme rhumatismal peut infliger à un patient, il le subit pendant vingt et un ans ; à peu près chaque année, il est revenu passer trois ou quatre mois dans mon service.

Il ne pouvait pas voir une femme sans contracter un écoulement, et aussitôt que son urèthre était pris, le rhumatisme se déclarait.

Étaient-elles toutes microbiennes, ces blennorrhagies si fréquentes contractées pendant 20 ans. Il est peu probable qu'il n'ait jamais eu de rapports qu'avec des femmes atteintes de blennorrhagie. Peut-être la première infection du canal n'a-t-elle jamais été guérie.

Quoi qu'il en soit, il est fort probable que cet homme eût été beaucoup moins malheureux si au lieu d'une pareille blennorrhagie, il avait contracté la première syphilis venue.

M. HERMET. — J'ai publié en 1880, au point de vue spécial qui m'occupe, l'observation de ce malade.

Toutes ses articulations avaient été prises successivement, lorsqu'un matin M. Fournier me pria d'examiner ses oreilles, car il se plaignait d'une douleur très violente.

Je ne constatai rien.

Pendant les six mois que dura son séjour à l'hôpital à cette époque, il fut à diverses reprises atteint des mêmes phénomènes auriculaires, car l'examen au spéculum ne permettait jamais de constater la moindre lésion ; lorsqu'un matin il me raconta que la veille il avait ressenti une douleur très violente à la suite de la perception d'un bruit très aigu (son voisin de lit avait sifflé près de son oreille). Je me demandais alors si les douleurs qu'il ressentait n'étaient pas dues à une arthrite de la chaîne des osselets, la douleur survenant quand les vibrations sonores de la membrane déterminait un mouvement de va-et-vient aux osselets.

Pour m'en convaincre, un jour où les douleurs d'oreilles avaient reparu, j'imprimai des mouvements aux osselets avec un raréfacteur. Je déterminai une douleur intense qui disparut quand les articulations des osselets redevinrent immobiles.

Dès lors mon diagnostic était fait, le malade faisait sa poussée de rhumatisme du côté des articulations de la chaîne. L'autre jour, à sa dernière entrée à l'hôpital, M. Fournier me pria de l'examiner à nouveau, toujours parce qu'il se plaignait de douleurs d'oreilles.

L'examen au spéculum ne présenta rien de particulier, mais en imprimant à ses chaînes un mouvement au moyen du procédé de Valsalva, j'ai déterminé une douleur analogue à celle qu'il ressent quand on lui parle fort.

Les lésions actuelles sont donc les mêmes qu'en 1880.

Je dois ajouter que chez aucun autre malade je n'ai constaté de phénomènes analogues.

M. JACQUET. — La blennorrhagie aiguë ou une nouvelle inoculation

gonococcique n'est nullement nécessaire pour provoquer une crise de rhumatisme blennorrhagique. Il suffit du moindre ébranlement médullaire chez les anciens blennorrhagiens pour voir survenir un accès de douleurs articulaires. Je connais un jeune malade atteint depuis longtemps de blennorrhée chronique et chez lequel, après des rapports avec une femme, quoique muni d'un condom, survinrent des douleurs articulaires caractéristiques. Ne pouvait-on dans ces cas faire entrer en ligne de compte un état médullaire spécial, et une action du système nerveux central.

M. GASTOU. — Le malade que je désirais vous présenter est à l'appui de ce que vient de dire M. Jaquet.

Ce malade a eu de nombreuses chaudepisses et, à chacune d'elles, il a fait une attaque d'arthrite des petites articulations des mains, si bien qu'actuellement c'est un véritable type de rhumatisme pseudo-nouveaux.

L'intérêt de ce cas est majeur pour appuyer la pathogénie nerveuse du rhumatisme ou plutôt de la polyarthrite blennorrhagique des petites articulations.

M. Oudin qui l'examinait avec une extrême attention au point de vue des réactions électriques, il y a 4 ans, disait en substance ceci : le malade ne réagit pas comme un myopathique ou un névritique primitifs, les réactions électriques donnent bien l'idée d'une atrophie musculaire, mais d'une atrophie dans laquelle tout le muscle n'est pas atteint, d'une atrophie qui simule de tous points l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne.

Il s'agissait donc chez le malade de M. Oudin qui est devenu, 3 ans après, celui que j'ai présenté devant la Société en 1894, d'une atrophie musculaire d'origine myélopathique probable et la polyarthrite serait alors un trouble trophique consécutif à une véritable myélite. Il y avait en outre de remarquable chez ce malade : que l'atrophie musculaire n'a jamais été périarticulaire.

M. BARTHÉLEMY. — Je rappellerai que le professeur Spillmann (de Nancy) a publié plusieurs (au moins deux) observations de méningo-myélites d'origine blennorrhagique. Pour ma part, j'ai vu deux cas d'atrophie musculaire très étendue, sinon généralisée ; le premier était manifestement consécutif à des polyarthrites, bien entendu d'origine blennorrhagique ; il y avait en même temps, pâleur, anémie, douleurs, et d'autres symptômes d'infection. Dans l'autre cas, l'atrophie musculaire était survenue sans autre cause que la blennorrhagie elle-même ; ces deux cas, chose à noter, se montrèrent chez de jeunes femmes, mais accouchées depuis trois mois. Dans une intéressante leçon, M. Bar, remplaçant M. Tarnier, à la clinique obstétricale, à l'occasion de rhumatisme blennorrhagique chez les femmes récemment accouchées, a insisté dernièrement sur la puerpéralité comme cause grandement favorisante de l'infection générale par les gonocoques. C'est ce que j'observe également à Saint-Lazare, où toutes les femmes qui ont des accidents ou des complications gonococciques ont eu des grossesses. En ville, il y a lieu de tenir grand compte des vulvovaginites chez les femmes nouvellement mariées.

M. GALEZOWSKI. — Je profite de la communication si intéressante de M. Emery pour vous parler des iritis rhumatismales blennorrhagiques graves, à répétition et qui résistent à tous les traitements. J'ai soigné cette année un malade, atteint d'une iritis aux deux yeux, iritis très douloureuse, très intense, et qu'on ne pouvait pas attribuer à une autre cause qu'au rhumatisme blennorrhagique, car ce malade n'a jamais eu ni syphilis, ni aucune cause constitutionnelle que la blennorrhagie.

Il y a, en effet, plusieurs années que le malade avait contracté la première blennorrhagie suivie d'un rhumatisme et d'une iritis dans les deux yeux, qui avait laissé quelques pigmentations sur la capsule. Au bout de six ans, il contracte une nouvelle blennorrhagie et une nouvelle atteinte de rhumatisme blennorrhagique. La blennorrhagie guérie, le rhumatisme a été atténué, lorsqu'il fut pris d'une nouvelle iritis blennorrhagique, plus grave, plus douloureuse dans les deux yeux, et c'est en juin dernier qu'il est venu me consulter pour une inflammation des deux yeux. C'était une iritis sans aucune trace d'altération des membranes externes des yeux, et qui fut rebelle à tout traitement pendant plus de deux mois; ce ne sont que les frictions mercurielles, l'atropine et les antiphlogistiques qui vinrent à bout du mal après deux mois de traitement. Au commencement du mois dernier, le malade est revenu me voir et il présentait une épisclérite dans les deux yeux, que j'attribue à son ancienne affection rhumatismale blennorrhagique. Je m'adresse donc à vous, mes chers confrères, pour vous demander si vous possédez des moyens spéciaux capables d'arrêter ces accidents rhumatismaux blennorrhagiques des yeux, qui ont résisté pendant deux mois à tout traitement.

M. FOURNIER. — Je suis tout à fait de l'avis de MM. Mauriac et Jacquet. Il n'est pas nécessaire même d'avoir une nouvelle blennorrhagie pour être atteint de ces arthrites blennorrhagiques si fâcheuses et si dangereuses. Il suffit du réveil d'une blennorrhagie ancienne, et même d'un de ces suintements à peine perceptibles si fréquents et si tenaces. Je sais un de mes malades que bien souvent j'ai eu l'occasion de voir et de soigner et qui ne pouvait voir une femme, même avec un condom, sans être atteint, dès le matin même de cet excès, de douleurs qui l'obligeaient à garder le lit deux ou trois jours. Il pouvait annoncer la veille qu'il serait contraint le lendemain de se mettre au lit.

M. MAURIAC. — Le rhumatisme blennorrhagique résiste à tous les traitements. On est réduit à agir localement, mais on n'obtient rien pour l'état général. La même résistance se retrouve dans l'iritis blennorrhagique que rien ne peut guérir, alors que l'iritis syphilitique cède si facilement.

M. JULLIEN. — Je ne crois pas que nous soyons désarmés devant l'arthrite blennorrhagique autant que le dit M. Mauriac et je n'en veux pour preuve que les faits que j'ai pu citer d'arthrites guéries à la suite d'injections sous-cutanées de sublimé et dont on trouvera la relation dans les Bulletins de la Société.

Observation pour servir à l'histoire des névrodermites et de l'eczéma séborrhéique.

Par M. L. WICKHAM.

Un malade s'est présenté devant nous il y a quelques jours, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'une vaste éruption rouge recouvrant presque tout le revêtement cutané. L'éruption est sèche, squameuse, à petites squames grasses. Les placards éruptifs s'arrêtent en lignes assez nettes et circonscrites, géographiques. Dans l'aire des régions relativement indemnes se voient quelques papules séborrhéiques. En raison de ces caractères et de la séborrhée coexistante du cuir chevelu et à la face, le diagnostic au premier coup d'œil, celui qui s'impose, est incontestablement celui d'eczéma séborrhéique généralisé.

Mais un examen plus approfondi permet de constater une symétrie remarquable des lésions. Les régions indemnes se détachent avec une symétrie parfaite en 5 ou 6 endroits. En certains points de l'éruption la peau est rude, dure, les plis exagérés, comme en processus de lichénification. Le malade interrogé se plaint de très vives démangeaisons, qui l'obligent à se gratter une partie de la nuit, et ce prurit, a existé dès le début, avant l'éruption même. Enfin le malade ajoute qu'il n'a jamais eu la moindre maladie de peau (donc pas de récidive) et que cette éruption est venue trois jours après un prurit lequel est apparu lui-même trois jours après un traumatisme sérieux, *la chute d'un troisième étage* ! Ces derniers renseignements sont bien faits pour faire penser à quelque action originelle nerveuse. D'autre part, lorsque le malade, au début de son éruption, s'est présenté à l'hôpital Bichat, on porta le diagnostic de psoriasis ; enfin l'enquête minutieuse révèle l'influence certaine de substances irritantes appliquées comme médication.

D'où il résulte qu'à propos de cette éruption, quatre diagnostics peuvent se discuter : l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, la névrodermite et la dermite artificielle.

OBSERVATION. — Le nommé W..., âgé de 28 ans, exerçant la profession de plombier, entre dans la salle Saint-Louis, le 29 novembre 1895.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux, au point de vue de l'hérédité nerveuse ou arthritique, nous trouvons que le père était un alcoolique renforcé, un alcoolique emporté au point que la femme dut quitter le mari.

Notre malade a eu seize frères et sœurs ; la plupart sont morts, sans qu'il sache trop comment. Parmi les six vivants, il y en a cinq très nerveux, mais sans maladie de nerfs.

Notre malade a eu à 17 ans une fièvre typhoïde qualifiée de « nerveuse ».

Il se dit nerveux, un peu emporté, mais ne présente aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie.

Au point de vue des éruptions arthritiques ou autres de l'ordre des eczémas, il n'y a rien à noter.

Le cuir chevelu a présenté de tous temps des pellicules, mais pas très abondantes et sans irritation du cuir chevelu, sans prurit.

Au point de vue de la susceptibilité de la peau au contact des irritants, nous ferons remarquer que le malade constamment touche au ciment, y trempe ses mains, et tandis que bon nombre de ses camarades ont des « irritations » au point de devoir « quitter leur métier » lui, n'a jamais rien eu de semblable.

L'éruption actuelle que le malade présente est donc la première et l'unique jusqu'à ce jour. *Elle est survenue huit jours après un violent accident.*

Voici les faits (nous avons poussé très minutieusement l'enquête sur les applications médicamenteuses et leurs dates d'application).

Le 10 septembre de cette année, le malade tomba d'un troisième étage (environ 8 mètres de haut) sur le côté gauche, la hanche et la cuisse ayant surtout porté. Pas de fracture, simple contusion qui fait garder le lit trois jours et empêche le travail pendant huit jours. Aussitôt après la chute une friction avec eau phéniquée (proportion?), sur tout le corps, qui pique fortement la peau, la rougit une demi-heure environ. Conjointement, friction d'alcool camphré pur le jour même et les suivants matin et soir.

Au troisième jour de la chute, prurit qui se développe assez rapidement en tous points, mais surtout aux plis articulaires, à la face interne des cuisses. Continuation de l'alcool camphré.

Le huitième jour de la chute, un bain de Barèges (20 minutes). Dans ce bain la peau pique fortement; le lendemain matin, apparition des rougeurs. Les premiers éléments éruptifs sont de petites élévations rouges disséminées, de petits « boutons de chaleur » à la face interne des cuisses et des plaques blanches et farineuses aux coudées. Ce n'est que plus tard que le cuir chevelu et la face ont été pris.

Depuis lors le prurit, l'éruption, l'application d'irritants et le grattage sont étroitement unis.

Nous allons les analyser séparément.

Substances irritantes. — Après les huit jours d'alcool camphré et le bain de Barèges, vinaigre pur chaque jour, appliqué le soir et pendant la nuit pour calmer le prurit. Salive constamment frottée sur la peau.

Au quinzième jour de l'éruption, deux bains alcalins qui lui « piquent la peau ». Le jour, vaseline, la nuit huile de cade pure pour traiter un soi-disant « psoriasis » (sept sous par jour d'huile de cade), et cela pendant trois semaines. De plus, chaque jour pendant trois semaines, deux cuillerées d'iode de potassium par jour (proportion ? larminoient).

C'est seulement 4 jours avant son entrée à l'hôpital que le malade n'a plus rien pris ni appliqué.

Le prurit et le grattage ont été incessants. Le prurit venait surtout la nuit, entraînant l'insomnie. Il est surtout exagéré aux plis articulaires.

L'éruption a gagné rapidement tous les points du corps; elle est toujours

restée sèche et squameuse ; au quinzième jour de l'éruption, le malade s'est présenté à l'hôpital Bichat où on a porté le diagnostic de psoriasis, en raison de l'abondance des squames (dit le malade) et des plaques aux coudes.

A son entrée salle Saint-Louis, le premier coup d'œil indique : eczéma séborrhéique généralisé.

L'éruption est rouge, sèche, par places au dos légèrement teintée de jaune. Elle recouvre tout le corps et ne laisse indemne que quelques régions, les pieds, une place aux fesses, les mains, le haut du dos et un ou deux autres points.

Mais ce qui frappe immédiatement c'est la parfaite symétrie de ces régions indemnes, elles paraissent copiées d'un côté à l'autre et les limites de l'éruption en ces points décrivent des circinations.

Dans l'aire de ces surfaces indemnes, se voient de petites jetées squameuses, de rares papules. C'est surtout vers le haut des épaules que ces éléments isolés peuvent être étudiés. On voit quelques éléments papuleux très peu surélevés, d'un rouge très pâle. Une légère squame les recouvre, le grattage n'en fait pas paraître d'autres. Ces papules sont identiques à celles décrites par Brooke comme papules séborrhéiques. Toute l'éruption est d'ailleurs sèche et squameuse ; mais les squames sont peu abondantes, non superposées, d'un gris jaunâtre et molles, donnant la sensation de corps gras. Tous les plis sont particulièrement pris. Le cuir chevelu est rempli de pellicules ; la peau est rose ; ces mêmes pellicules se retrouvent au front, aux sourcils, à la moustache, à la barbe ; les rougeurs y sont atténuées. Derrière les oreilles les lésions sont assez accentuées.

Pas d'épaississement squameux ni aux coudes, ni aux genoux. La peau est en certains points rude, rugueuse, comme rétrécie. Les plis de la peau y sont très marqués ; en ces points, presque pas de squames. Un certain degré de lichénification y est manifeste. Toutes ces lésions sont d'ailleurs assez superficielles. Aux mollets, où les grattages ont été particulièrement violents, il y a de véritables croûtes et des excoriations ; ce sont elles qui légitiment les soupçons, aussitôt nés, d'irritations externes.

Pour nous rendre compte du degré d'influence des irritants, nous prescrivons un traitement adoucissant (bains d'amidon et axonge) ; depuis huit jours que ce traitement est institué, il y a une amélioration certaine, surtout aux mollets ; mais cette amélioration paraît loin d'être égale à celle que nous aurions vraisemblablement obtenue s'il s'était agi uniquement d'une dermite médicamenteuse. D'autant que le malade a fait de grands efforts pour ne plus se gratter.

M. Besnier, auquel nous présentons le malade il y a quelques jours, pensa qu'avant de se prononcer sur un cas aussi complexe, il fallait tenir le malade en observation pendant un temps suffisant en se contentant de prescrire de l'axonge et des bains d'amidon. On se rendrait ainsi compte de l'influence plus ou moins grande des médications irritantes appliquées antérieurement.

Cette conduite a été tenue et nous aurions préféré remettre cette présentation à la prochaine séance de la Société, mais, sur le conseil

de notre cher maître, M. le professeur Fournier, nous nous sommes décidé à vous montrer le malade dès aujourd'hui, quitte à vous le représenter ultérieurement; nous n'avons donc point aujourd'hui la prétention de porter un diagnostic, nous venons au contraire demander à la Société son opinion tout en discutant les principales considérations que dès aujourd'hui on peut tirer de cette observation.

Et tout d'abord il ne peut être question de maintenir le diagnostic de psoriasis. Nous savons bien qu'un psoriasis irrité et chez un sujet nerveux peut être prurigineux et que si le malade est prédisposé, le grattage pourra déformer l'éruption par la détermination d'une lichénification secondaire, comme chez ce malade présenté à une précédente séance (1). Mais chez celui-ci certaines parties de l'éruption étaient conservées intactes et le psoriasis était invétéré, à répétition multiple, son histoire antérieure était connue. Ici rien de tout cela; il s'agit d'une première éruption, les localisations ne sont point spéciales au psoriasis, nulle part les éléments ne montrent un caractère typique de psoriasis.

L'ongle traîné sur certaines surfaces rouges aux flancs, soulève des squames assez blanches et détermine bien des lignes blanchâtres; mais ce ne sont point là les stries nacrées du psoriasis; les squames sont plus grasses, moins brillantes, et ne forment qu'une mince couche.

Les quelques petits éléments papuleux qui existent répondent plutôt à la description des papules séborrhéiques. Enfin l'huile de cade, employée pendant longtemps, a plutôt irrité l'éruption. Encore que ce ne soit pas là une bien bonne raison pour éliminer le psoriasis, puisque dans quelques cas rares le psoriasis irrité ne supporte même pas l'huile de cade, nous ne croyons pas, pour les raisons précitées, qu'il s'agisse là de quelque psoriasis anormal. L'éruption est psoriasiforme, mais ce n'est pas du psoriasis.

Quant aux trois autres interprétations: dermite artificielle, eczéma séborrhéique et névrodermite, il est vraiment très difficile de les rejeter, et si l'on veut étudier cette éruption au point de vue des trois diagnostics, on sera surpris de trouver des caractères suffisants pour que l'on puisse les rapporter à quelqu'une de ces trois maladies.

Pour la dermite artificielle nous trouvons dès le début même, avant le prurit, comme traitement de la contusion, une application (une seule) d'eau phéniquée qui a un peu brûlé la peau comme l'affirme le malade, mais dont la rougeur consécutive n'a duré qu'une demi-heure. En même temps chaque jour, matin et soir, le malade a appliqué de l'alcool camphré qui « piquait la peau ».

Lorsque, au troisième jour le prurit (sans rougeurs) a commencé, le malade a continué ses frictions d'alcool camphré. Le prurit persistant ou même augmentant, le malade prend un bain de Barèges, qui le pique

fortement; le lendemain les rougeurs paraissent. Depuis il se frotte chaque nuit fréquemment avec de la salive, prend deux bains alcalins, de l'iodure de potassium à l'intérieur et chaque soir se couvre d'huile de cade. Voilà plus qu'il n'en faut pour provoquer et entretenir une dermite artificielle. Il nous paraît impossible, quelle que soit l'interprétation définitive, de ne pas laisser un rôle important aux substances irritantes appliquées.

En faveur de l'eczéma séborrhéique, nous avons l'aspect éruptif qui est, l'observation le montre et nous y renvoyons, absolument *caractéristique* (éruption grasse, papules séborrhéiques, teinte jaunâtre de certaines lésions, sièges de prédilection). Seulement pas de récidives, début par les cuisses, prurit intense, généralisation d'emblée.

Pour la névrodermite, nous avons ce prurit intense dès le début avant même l'éruption, le processus atténué de lichénification, la symétrie parfaite des points indemnes, la rapidité d'apparition de ces grandes surfaces rouges, enfin cet accident, ce choc physique et moral, dont la nature et la valeur ne sauraient être contestées, ce traumatisme violent précédant de trois jours le début de l'éruption, celle-ci étant presque d'emblée généralisée. *Nous ne croyons pas qu'il soit possible de refuser dans les faits cités une action réelle et puissante du système nerveux, une action primordiale.* Ce qui arrête pour ranger l'éruption dans les névrodermites généralisées, ce sont les caractères éruptifs eux-mêmes, qui seraient en ce cas tout à fait anormaux. Encore savons-nous que le caractère objectif seul d'une éruption tend de jour en jour à perdre ses droits.

L'ensemble de ces faits montre clairement que les causes sont ici multiples. Elles se sont combinées, cela paraît évident; et cela est constant dans la plupart des dermatoses de trouver plusieurs facteurs étiologiques quand on veut bien fouiller les cas. La difficulté réside dans la part exacte à établir parmi les trois facteurs étiologiques que nous avons donnés.

Que le point de départ ait été le traumatisme, cela ne paraît pas douteux. Que les lésions produites aient été modifiées, aggravées, entretenues par les irritants, cela n'est pas moins évident. Mais pourquoi l'éruption a-t-elle à ce point le caractère séborrhéique. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières. M. Besnier me rappelait il y a quelques jours ces cas de psoriasis débutant après un accident de chemin de fer; on pourrait, par analogie, admettre sur le même mode la détermination d'un eczéma séborrhéique (même considéré comme maladie parasitaire et *sui generis*). D'autre part, on pourrait aussi penser que le choc nerveux moral et physique puisse, comme dans les sécrétions séreuses intestinales émotives, amener un trouble de l'appareil glandulaire du revêtement cutané; et déterminer une éruption à caractères séborrhéiques.

Enfin chez un sujet séborrhéique, une éruption quelconque aurait pu prendre le caractère séborrhéique.

La conclusion de tout ceci est qu'il serait téméraire, je crois, de se prononcer trop vite sur la valeur exacte de ces divers facteurs, qu'une observation plus longue du malade est nécessaire. Il était néanmoins intéressant de consigner cette observation dans les *Archives*.

M. BACQ. — Le malade que vient de présenter M. le Dr Wickham est des plus importants dans son apparente banalité. Il soulève toute une série de problèmes dermatologiques des plus ardues que je ne puis traiter dans une communication improvisée et que, d'ailleurs, je n'aurais pas le temps d'aborder aujourd'hui devant vous. Je ne veux qu'examiner brièvement les points suivants :

1^o Le malade a-t-il une névrodermite généralisée diffuse pure ? Évidemment non. Il présente, en effet, sur presque tout le corps des éléments psoriasiformes d'un rouge plus ou moins pâle, squameux, dont les squames blanchissent et se soulèvent par le grattage. Dans les névrodermites pures, lorsque le prurit est primitif, et lorsque les lésions cutanées sont purement et simplement les conséquences du grattage et des traumatismes subis, l'aspect des téguments n'est pas le même : il n'y a que de la lichénification pure. Ici les lésions cutanées sont mixtes.

2^o Est-ce une éruption artificielle de cause externe ? Je ne pense pas non plus que l'on puisse les ranger purement et simplement dans ce groupe. Que les applications irritantes qui ont été faites, aient favorisé dans une certaine mesure le développement des accidents cutanés, c'est possible ; mais l'éruption ne présente pas les caractères objectifs connus des dermatoses artificielles de cause externe.

3^o Comment donc peut-on caractériser cette dermatose au point de vue purement objectif ? Il est incontestable, comme l'a fort bien fait remarquer M. le Dr Wickham, que nous avons ici les localisations de l'eczéma séborrhéique. L'affection a des maxima vers les plis articulaires, au milieu du dos, vers la partie inférieure de l'abdomen. Certes, elle n'a pas été suintante ; son aspect est celui qu'autrefois on regardait comme pathognomonique du psoriasis, mais nous savons maintenant qu'entre les psoriasis typiques et les eczémas séborrhéiques typiques, il y a toute une série de faits extraordinaires. Nous avons déjà l'habitude de donner aux cas analogues à celui-ci le nom d'eczéma séborrhéique psoriasiforme, pour bien marquer la ressemblance avec le psoriasis typique. Nous savons également que très fréquemment dans ces cas les démangeaisons acquièrent une intensité toute particulière, surtout lorsque les sujets sont des névropathes, des intoxiqués, ou lorsque, comme ici, il y a eu des chocs du système nerveux à l'origine de la dermatose.

Cet homme a du prurit violent, il se gratte, et il a par suite modifié en beaucoup de points son éruption : il l'a lichénifiée. Dès lors le diagnostic objectif de cette dermatose me paraît être celui d'eczéma séborrhéique psoriasiforme lichénifié.

4^o Quel rôle le traumatisme subi par le sujet a-t-il joué dans le développement de cette affection ? C'est des plus difficiles à dire. Peut-être

avons-nous ici un cas analogue à ces faits célèbres de psoriasis qui ont été autrefois publiés et qui s'étaient brusquement développés à la suite d'une émotion ou d'un accident. Tout le monde connaît le cas d'une jeune fille qui, quelques heures après s'être jetée dans la Seine du haut du Pont-Neuf, fut prise d'une poussée aiguë de psoriasis.

Ces considérations nous amèneraient à discuter toute une série de questions des plus difficiles et que je ne ferai qu'énoncer. Il est probable que l'ancien cadre, psoriasis, renferme des faits qui ne sont pas exactement comparables entre eux, qui n'ont d'autre lien commun qu'un certain aspect extérieur, la psoriasisation, et qui diffèrent entre eux par leur nature réelle et par leur pathogénie : les résultats si divers obtenus dans les psoriasis par les médications les plus extraordinaires, semblent être un sérieux argument en faveur de cette opinion que confirme d'ailleurs l'analyse minutieuse des faits. Il est à peu près certain qu'entre les eczémas séborrhéiques vrais et les éruptions qui correspondent au psoriasis typique (et qui sont pour nous le *psoriasis*), il y a toute une série de faits de passage dans lesquels l'aspect psoriasique (la psoriasisation) ou l'eczématisation prédominant ou s'équilibrent, suivant que l'on se rapproche du psoriasis typique ou de l'eczéma typique.

Quoi qu'il en soit, dans un cas comme celui que nous avons sous les yeux, on peut concevoir une pathogénie mixte. Il est possible que le traumatisme ayant ébranlé le système nerveux ait prédisposé le sujet à l'évolution de la dermatose, que cet ébranlement du système nerveux ait déterminé l'apparition d'un prurit intense, et par suite, grâce au grattage et aux lichénifications, ait contribué à modifier l'aspect de la dermatose : c'est dans ce sens que l'on pourrait parler avec M. Wickham d'une névrodermite sous-jacente à l'eczéma séborrhéique. D'autre part, les applications irritantes qui ont été faites ont dû provoquer dans une certaine mesure le développement de la dermatose ; et c'est sur ce terrain préparé au point de vue général et local qu'est venue évoluer la dermatose peut-être parasitaire qu'est cet eczéma séborrhéique psoriasiforme. En admettant cette genèse mixte de l'affection, on en explique toutes les particularités.

M. BARTHÉLEMY. — Dans le service de notre maître M. Besnier, j'ai vu il y a quelques années un homme de 50 ans environ, atteint subitement d'une érythrodermie presque généralisée avec squames jaunâtres, larges, grosses au toucher, tandis que sur le cuir chevelu la séborrhée concrète était très marquée et déjà ancienne. Il s'agissait vraisemblablement d'un eczéma séborrhéique qui parti du cuir chevelu s'était propagé tout d'un coup au reste du corps ; le malade attribuait cet incident à l'émotion que venait de lui causer une chute accidentelle dans un étang profond.

Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique.

Par H. HALLOPEAU.

(Voir page 1093.)

Chancres syphilitiques multiples de la région pubienne.

Par M. A. FOURNIER.

Charles J..., couvreur-plombier, 30 ans, entre salle St-Louis le 27 novembre.

Les antécédents héréditaires et personnels ne nous apprennent rien qui soit à retenir dans l'observation actuelle.

Il a seulement été admis à l'hôpital de la Pitié en mars 1894 pour une adénite inguinale consécutive à une plaie du pied dont il porte encore la cicatrice.

Le malade n'est pas marié, ses derniers rapports avec une femme, sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement, datent du commencement d'octobre.

Huit jours environ après ces derniers rapprochements il entre à Beaujon, dans le service du Dr Millard, pour une bronchite probablement bacillaire.

Quinze jours après son entrée dans ce service, apparaissent sur la région pubienne plusieurs petits boutons n'occasionnant ni douleurs ni démangeaisons. Ces boutons, pansés tout d'abord avec de la vaseline et de l'eau boriquée, s'ulcèrent en surface et prennent de l'extension. Le diagnostic reste encore en suspens, on n'institue pas de traitement interne. En raison des caractères spéciaux de ces ulcérations n'offrant aucune tendance à la cicatrisation, le malade est dirigé sur le service de M. le professeur Fournier, où il est admis salle St-Louis.

A son entrée dans le service, le malade est porteur de sept ulcérations dont cinq sur la région pubienne, une à la racine de la verge et une sur le scrotum.

Une ulcération siège à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus du pli de l'aîne, à environ 6 centim. de la racine de la verge.

Deux autres, très voisines, siègent un peu au-dessus et en dedans de la précédente; par leur extension elles deviennent coalescentes et forment une large ulcération polycyclique où l'on distingue nettement les contours propres aux deux ulcérations primitives.

Même disposition pour deux autres éléments situés à gauche de la ligne médiane, sur le milieu de l'arcade de Fallope, environ 1 travers de doigt au-dessus.

Un autre élément ulcéreux siège sur le côté gauche de la racine de la verge. Le dernier se trouve sur les parties antérieures du scrotum, à gauche du raphé médian.

Les dimensions de ces ulcérations sont à peu près toutes égales, étant toutes apparues simultanément. Celle qui siège à la racine de la verge a environ les dimensions d'une pièce de 1 franc; la plus petite, celle du scrotum, ne dépasse pas 50 centimètres, les autres ont un diamètre intermédiaire.

Ces ulcérations, à l'entrée du malade, présentent toutes des caractères et un aspect identiques.

Elles sont nettement arrondies ou très légèrement ovalaires.

Aucune zone inflammatoire ne les entoure, leurs bords tranchent franchement sur la peau saine.

Ils sont réguliers, sans dentelure, et ne présentent ni relief ni dépression. Ils limitent franchement un fond où l'on distingue deux zones. La zone centrale, sèche, croûteuse, est plane, régulière, uniforme, sans bourgeonnements ni fissures. La croûte qui la revêt est de couleur foncée, brun verdâtre. Elle ne présente pas de suintement. A sa périphérie, elle est limitée par une collerette jaune clair constituée par du pus soulevant l'épiderme.

Les pince-t-on entre les doigts, on sent que ces ulcérations reposent sur un fond d'induration diffuse et profonde pour la racine de la verge et le scrotum, plus superficielle pour celles qui siègent sur la peau du ventre.

Cette induration est néanmoins facilement appréciable pour tous les éléments.

On constate dans les aines la pléiade ganglionnaire caractéristique, survenue en même temps que les ulcérations. A gauche, on trouve au palper, plusieurs petits ganglions durs et indolores; l'un d'eux, le plus rapproché de la verge, est d'un volume double des autres (environ une petite noix).

A droite, même constatation, et même disposition ganglionnaire. Les plus gros forment sous la peau un relief appréciable à la vue.

A son entrée dans le service, le diagnostic de chancres syphilitiques multiples est porté par M. le professeur Fournier, mais le traitement spécifique n'est pas encore appliqué.

Le 3 décembre, le malade est moulé par M. Baretta.

Le moulage enlève les croûtes recouvrant les chancres. Ceux-ci se présentent alors avec la même netteté de contours, leurs bords plats affleurant le niveau de la lésion.

Le fond lisse, uni, prend une coloration rouge vif (couleur chair) il est légèrement humide, saigne facilement.

Quelques chancres sont recouverts d'un enduit pultacé jaunâtre.

Le 4, apparaissent les premiers éléments de la roséole. Elle est encore très discrète et à peine visible sur le ventre.

Le malade est mis au traitement spécifique (2 pilules protoiodure et pommade au calomel).

Le 6, la roséole s'accroît sur le bas-ventre.

Le mardi 10 décembre, la roséole est devenue très nette. On trouve sur la poitrine quelques syphilides papuleuses disséminées; le diagnostic se trouve ainsi pleinement confirmé.

Une observation d'hystérie parasymphilitique.

PAR M. A. FOURNIER.

Le nommé Pierre B..., âgé de 30 ans, ébéniste, est entré le 26 novembre 1895, salle Saint-Louis, lit n° 41, hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne présente rien de particulièrement intéressant dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort à

34 ans d'une laryngite tuberculeuse. Sa mère est morte à 44 ans d'une hémorrhagie intestinale. Il a trois frères ou sœurs qui tous sont bien portants. Chez aucun d'entre eux, pas plus que chez ses parents, on ne relève de traces d'hystérie ou urémie de nervosisme.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 15 ans, le malade fut élevé à la campagne et son enfance ne fut troublée par aucune maladie même légère. Jamais il n'a entendu dire qu'il fût un enfant nerveux. A 15 ans, il vint à Paris exercer son métier. Sa santé fut excellente jusqu'en 1892. Au mois de septembre de cette année, sa femme dut être internée à Villejuif. A la même époque, B..., livré à lui-même, s'adonne à la boisson et fait des excès de veilles. Malgré cela il travaillait toujours, mais il était très affaibli. Ces excès ne prirent fin qu'en février 1893.

Le 4 février 1893, le malade entre en effet à l'hôpital du Midi pour une *ulcération* du prépuce qui fut diagnostiquée : chancre géant du prépuce. Il y demeure jusqu'au 7 mars et pendant ce séjour il prend du protoiodure de mercure à haute dose, 5 pilules par jour. La roséole est peu abondante.

Le 10 mars 1893, il entre à Lariboisière, dans le service de M. Raymond, pour des lésions de la gorge sur lesquelles on porte le diagnostic d'*angine diphthérique*. Mais l'erreur est bientôt reconnue par l'examen de l'exsudat membraneux. Il s'agissait simplement de lésions secondaires de syphilis qui guérissent sous l'influence d'un traitement énergique et approprié.

Pendant son séjour à Lariboisière et deux mois environ après son entrée, le malade présente de vastes *ulcérations* dont les cicatrices persistent encore. A la jambe droite, toute la moitié inférieure du membre était prise, le bras droit, la face, le cuir chevelu présentaient aussi des lésions. Le gland fut très endommagé et aujourd'hui on voit encore une perte de substance assez notable.

Ces différentes lésions déterminèrent chez le malade une fièvre intense et il présenta en même temps de l'œdème des membres inférieurs. Nous verrons dans un instant qu'il a une lésion cardiaque qui existait peut-être déjà à cette époque.

Le traitement consista dans l'administration de 5 pilules de protoiodure tous les jours et de doses progressivement croissantes d'iodure de potassium et allant jusqu'à 20 grammes par jour. Il prit en même temps de la liqueur de Fowler.

Il reste en traitement jusqu'au 11 mars 1894, époque à laquelle il sort à peu près guéri.

Jusqu'en mai 1895 son état fut satisfaisant. A cette époque il fut pris de violents maux de tête à paroxysme nocturne, et quelques jours après il eut une attaque d'*épilepsie* que l'on peut reconstituer ainsi d'après ce que le malade raconte. Tout d'un coup il était pris de vertiges, il perdait connaissance et tombait à terre. Si la crise survenait après un repas il avait des vomissements. La crise durait environ 15 minutes pendant lesquelles le malade écumait, se mordait la langue et urinait sous lui. Pendant ces attaques le bras gauche était contracturé.

Elles se renouvelèrent cinq ou six fois pendant les mois de mai et juin 1895.

En juin 1895 il entre dans le service, salle Saint-Louis, se plaignant de

ses crises et de céphalées intenses. Pendant son séjour on le soumit au traitement mercuriel par les injections de calomel à 0,05 (on lui en fit 5) et à l'iodure de potassium 4 gr. par jour. Pendant son séjour qui se prolongea jusqu'au 18 juillet il n'eut que deux légères crises nerveuses. A cette époque il quitte le service, très amélioré. Les attaques ne se renouvellent plus et les douleurs de tête ont cessé.

La santé du malade se maintient ainsi jusque vers le 11 novembre. A ce moment il s'aperçoit que sa jambe et son bras gauches faiblissent. En même temps il est repris des céphalées intenses, contre lesquelles il prend de l'antipyrine. Ces douleurs siègent au niveau des bosses frontales et temporales des deux côtés et s'exaspèrent la nuit au point d'empêcher le malade de dormir. L'examen de la voûte crânienne ne décèle rien de particulier.

Le 25 novembre 1895 il entre salle Saint-Louis en se plaignant de cet affaiblissement de tout le côté gauche et de la perte de la vue du même côté. Il dit en outre ne rien sentir de ce même côté et avoir de la peine à marcher et même à se tenir debout.

Un examen attentif du malade révèle une *parésie* des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche. Le dynamomètre placé dans la main droite donne 40, dans la main gauche 9 seulement. De même pour le membre inférieur on arrive très aisément à vaincre la résistance opposée par le malade à la flexion de la jambe gauche sur la cuisse, alors que du côté droit on n'y réussit qu'à grand-peine.

Le *sens musculaire* est aussi très atteint de ce même côté. Le malade ne peut trouver sa main droite, avec sa main gauche.

Mais, fait très important, il y a une *hémianesthésie complète* du côté gauche. On peut enfoncer profondément des aiguilles dans des téguments de ce côté sans déterminer aucune douleur. La pression même assez forte du testicule gauche ne détermine aucune contraction douloureuse.

Les réflexes sont conservés, mais du côté gauche il y a une légère exagération. Le malade présente aussi le *signe de Romberg*. Il peut encore se tenir en équilibre sur le pied droit, mais non sur le pied gauche. Pendant la marche le malade *traîne un peu la jambe, mais ne fauche pas*.

La sensibilité à la chaleur est abolie.

Du côté des yeux on note des troubles importants :

Les pupilles sont dilatées, mais elles réagissent bien à la distance et à la lumière.

Le réflexe pupillaire est conservé.

La vue est presque totalement abolie du côté gauche, si bien qu'il est impossible de savoir s'il y a dyschromatopsie ou non. Cependant en approchant les objets assez près de l'œil du malade, il les voit, mais n'en distingue pas les couleurs.

L'examen du fond de l'œil n'a révélé aucune lésion.

L'ouïe est abolie du côté gauche. Le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre appliquée sur l'apophyse mastoïde du côté gauche. Malgré ces troubles, l'appareil transmetteur ne présente aucune lésion.

Le goût et l'odorat sont de même abolis du côté où siège l'hémianesthésie.

Traitement : Injection de calomel 0,054, iodure de potassium. Douches tièdes.

État des organes. — Le cœur est notablement hypertrophié.

Le malade se plaint de violentes palpitations avec légères douleurs précordiales se prolongeant jusque dans le bras gauche.

Les bruits sont doux et vibrants. A la pointe on sent très bien à la main une sorte de roulement, mais l'auscultation ne révèle aucun souffle.

Le système artériel ne présente pas de lésion.

Les poumons sont sains.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Les reins fonctionnent normalement et les urines ne sont pas albumineuses.

Dactylite blennorrhagique.

Par M. A. FOURNIER

Voici un malade qui est porteur de cette déformation spéciale des doigts que j'ai dénommée *doigt en radis*. Cette déformation est pathognomonique de la blennorrhagie, car si l'on voit des dactylites analogues dans la maladie de Haygarth, elles occupent tous les doigts des deux mains, tandis que dans la blennorrhagie, il n'y en a qu'un, deux ou trois qui soient atteints.

Lèpre nostras.

Par M. DU CASTEL.

La malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, n'est pas une inconnue pour la plupart de vous ; je vous l'ai déjà montrée au mois d'avril 1893. Je vous rappellerai en deux mots quelle était son histoire à cette époque ; cela nous permettra de mieux suivre les changements survenus depuis lors dans son état. Née à Dieppe de parents français, la malade n'avait jusqu'en 1891 éprouvé aucune atteinte sérieuse dans sa santé, n'était une variole intense ayant laissé sur la figure des traces considérables. En 1891, elle commença à ressentir, principalement dans le côté droit du corps, des sensations douloureuses, engourdissements, élancements ; puis des éruptions bulleuses se montrèrent ; l'anesthésie se dessinait dans le côté droit du corps et la malade se brûla plusieurs fois sans s'en apercevoir. A l'époque où je présentai M^{me} D..., la face, le tronc et les membres étaient couverts d'une éruption érythémateuse abondante ; l'anesthésie était complète

au niveau des placards éruptifs ; la sensibilité au contact existait seule dans leurs intervalles. L'application d'un vésicatoire n'avait pas permis de constater la présence du bacille de Hansen. Aussi le diagnostic de lèpre ne pouvait-il être complètement affirmé ; cependant notre collègue Bruno Chaves et le D^r Zambaco, à qui je montrai la malade, n'hésitèrent pas à porter le diagnostic de lèpre. (Pour plus de détails, voir les bulletins de notre Société, avril 1893.)

Depuis lors vous pouvez voir les progrès réalisés par la maladie.

Depuis plusieurs mois les douleurs se sont accentuées sous forme d'élançements, surtout dans les membres où elles provoquent des réactions motrices, des soubresauts, des mouvements athétosiques ; M^{me} D... se plaint de sensation de froid permanent aux extrémités ; elle éprouve fréquemment de l'onglée aux doigts l'hiver, ou bien lorsqu'elle les plonge dans l'eau tant soit peu fraîche.

Ces sensations sont peut-être un peu moins douloureuses à la main gauche qui a été prise le plus récemment : seul l'auriculaire de ce côté conserve la sensation du tact et c'est cet organe seul qui permet à la patiente d'apprécier la température et la nature des objets qu'elle touche.

A la jambe droite, au-dessus du tendon d'Achille, on voit une plaie résultant d'une brûlure que la malade s'est faite au contact d'un poêle, sans s'en apercevoir et qui lui a été révélée par un de ses enfants ; du reste, M^{me} X... porte à la main droite, aux pieds et à l'avant-bras des cicatrices de brûlures survenues dans les mêmes conditions.

La paume de la main présente deux cicatrices linéaires, un peu épaissies par chéloïdification, très rugueuses, avec productions cornées, l'une parallèle au premier métacarpien et siégeant sur le thénar, la seconde correspondant exactement aux têtes des métacarpiens ; elles résulteraient de brûlures non ressenties par la malade, qui se chauffait les mains sur son poêle.

L'examen de la sensibilité générale montre que le sens du tact est presque complètement aboli ; l'anesthésie est complète et totale pour les trois modes, douleur, tact, température dans les deux membres droits. La sensibilité est très diminuée au tronc, plus à droite qu'à gauche ; enfin elle est absolument nulle dans les deux membres gauches jusqu'à leur tiers inférieur. Les nerfs cubitiaux ne sont pas très notablement tuméfiés.

La face présente une sorte d'état atone de la physionomie ; les traits sont comme figés, ce qui s'explique par une légère bouffissure généralisée des téguments de cette région : ce gonflement prédomine surtout sur le nez notablement augmenté de volume. L'aspect en est lisse, comme vernissé et la coloration rougeâtre, sans toutefois atteindre le degré de la couperose. Les bords libres des paupières ont une épaisseur d'environ un demi-centimètre ; les globes oculaires sont bien mobiles dans l'orbite et non cachés par le gonflement des paupières.

Sur le tronc et les membres inférieurs, on aperçoit disséminés des placards érythémateux d'un rose vif, très étendus, la plupart notablement surélevés, les uns très vastes, les autres larges comme une pièce de 1 ou

2 francs, à bords soit crénelés, soit polycycliques, soit régulièrement circulaires, mais sans configuration bien définie, séparés par des intervalles de peau saine.

Sur le membre supérieur, ces placards sont de coloration plus vive vers les extrémités, qui ne sont pas épargnées; à droite il n'en existe pas dans le sens de l'extension bien que les phénomènes sensitifs soient plus accusés et les premiers en date de ce côté; à gauche, les placards éruptifs recouvrent la presque totalité du membre. Ils ont comme au tronc un aspect granité, sans squames et se couvrent d'innombrables petits plis dès qu'on tire la peau dans un sens ou dans l'autre; enfin la sensation au toucher est celle d'une peau sèche, qui n'a plus l'onctueux du tégument normal.

Au niveau de tous ces placards, on constate que la peau est indurée, épaissie, avec participation du tissu sous-cutané à ce processus; si on la pince, la sensation est encore plus nette, le bourrelet ainsi obtenu est très volumineux, alors que dans les régions où la peau est saine, il est de volume ordinaire. A la face les téguments sont également indurés et tuméfiés.

La coloration des placards ne s'efface pas par la pression et elle s'accroît jusqu'à devenir rouge vineux après les bains.

Les deux membres supérieurs sont atteints d'un affaiblissement qui s'accroît de plus en plus et qui a atteint récemment la main gauche indemne jusqu'en ces derniers temps: la malade déclare n'avoir plus la force de porter que de petits objets; l'usage des membres supérieurs est rendu difficile en même temps par la diminution des forces et par la perte de la sensation de contact.

A la main gauche on n'observe que de la camptodactylie à l'auriculaire; mais à droite, en dehors d'une légère atrophie en masse des muscles des éminences thénar et hypothénar, on constate que tous les doigts sont recourbés en griffe, avec impossibilité de l'extension complète.

La force musculaire, très amoindrie à droite, se conserve encore à peu près à gauche.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Comme réaction électrique, le courant faradique maximum, c'est-à-dire très intense, est faiblement senti dans les membres droits; à gauche la réaction est moins mauvaise, le courant d'intensité moyenne est perçu au membre supérieur, mais non au membre inférieur. Enfin nulle part on n'observe même avec le courant maximum de contractions musculaires.

Du côté des organes des sens: l'audition est diminuée, la malade n'entend le tictac d'une montre qu'à une distance de 7 à 8 centimètres du pavillon de l'oreille.

Les odeurs et le goût des aliments sont perçus à peu près normalement.

La malade se plaint que sa vue a baissé depuis plusieurs mois; elle ne peut plus lire l'imprimé.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate que les papilles ont perdu leur aspect nacré normal pour revêtir une coloration grisâtre; les contours en sont mal délimités surtout en dehors, car ils paraissent se con-

fondre avec la zone rétinienne périphérique notablement anémiée : rien de particulier du côté des vaisseaux.

L'appétit reste bon,

Rien au cœur ni au poumon, les artères ne sont pas flexueuses et la tension artérielle pas exagérée.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Les règles ne se montrent plus depuis quatre ans.

(Observation recueillie par M. R. PETIT, interne du service.)

La présence du bacille de la lèpre a été constatée dans un fragment de peau recueilli sur un des placards érythémateux de l'avant-bras par notre collègue M. Darier.

La constatation du bacille de Hansen rend, chez notre malade, indubitable le diagnostic de lèpre et il ne peut plus être question de syringomyélie. Quant à la porte par laquelle l'infection a pu pénétrer, quant au mode par lequel la contagion a pu s'exercer, nous restons dans la même ignorance qu'au mois d'avril 1893 et nous n'avons pu découvrir à quel moment notre malade avait pu se trouver exposée à l'inoculation du bacille de Hansen. Il nous est donc impossible de dire si celui-ci a été apporté des pays à lèpre par un intermédiaire inconnu, ou si vraiment la malade a trouvé dans l'inoculation d'un bacille né en France, l'origine de sa maladie et si sa lèpre est véritablement nostras.

M. DARIER. — Un lambeau de peau incisé sur une plaque de l'avant-bras m'a fourni des coupes où j'ai pu reconnaître la structure des macules de lèpre anesthésique. On sait que les lésions dans ces macules diffèrent sensiblement de celles de la lèpre tuberculeuse : on n'y trouve pas l'infiltration diffuse de tout le derme par des « cellules lépreuses » et des bacilles, mais seulement des manchons périvasculaires de cellules et dans la règle les bacilles font défaut ou sont entièrement rares.

Dans le cas actuel, sur des coupes colorées par le liquide de Ziehl en vue de la recherche du bacille (comparativement avec des coupes de lipome), j'ai vu de nombreuses taches restant rouges après la décoloration. Ce sont soit des amas de bacilles lépreux typiques, soit des amas de granulations irrégulières, rouges comme des bacilles, comprises dans une matière vitreuse et que j'interprète comme étant des bacilles dégénérés.

En somme, il s'agit sûrement de lèpre à forme maculeuse.

M. SABOURAUD. — Le procédé biopsique pour trouver les micro-organismes de la lèpre est beaucoup plus rapide que celui de Kalindero, et il paraît donner des résultats beaucoup plus nets.

**Sur un nouveau cas d'acné kératique de Tenneson
(Acné cornée en aires.)**

Par H. HALLOPEAU et MACREZ.

Ce cas présente beaucoup d'analogie avec celui que M. Tenneson a montré récemment à notre Société ; si nous croyons devoir vous le présenter, c'est en raison de quelques particularités cliniques, de la confusion possible avec un pityriasis rubra pilaire et des résultats que nous a donnés l'examen bactériologique.

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

La jeune Alice K..., âgée de 11 ans, entre le 25 novembre 1895, salle Lugol, n° 23 bis.

Elle présente au bras gauche des amas de petites saillies à sommet noir et dures au toucher. Elle dit avoir remarqué ces saillies pour la première fois il y a un an et n'en avoir jamais observé ailleurs.

A son entrée dans la salle, on constate à la partie supéro-externe du bras gauche, vers l'insertion deltoïdienne, de petites saillies agminées sur une étendue d'une pièce de cinquante centimes. Ces saillies sont acuminées et surmontées d'un comédon dur, corné, mince, effilé, noirâtre, long d'un demi à un millimètre et énucléable. Quelques-unes portent un poil. Le doigt passé à ce niveau a la sensation d'une râpe. Ces saillies reposent sur un fond légèrement rouge. La peau, ni là ni ailleurs, ne présente aucun trouble de la sensibilité. Le derme ne paraît pas épaissi.

Un peu en arrière de ce premier placard, se trouvent quelques éléments moins nombreux, moins volumineux et à sommet non pigmenté.

Au-dessous de ces deux localisations, vers la moitié inférieure du bras, à sa partie externe, existe une large plaque de 5 centim. de long sur 3 de large. A la partie inférieure de cette plaque, on voit une cicatrice de vaccine. Les saillies groupées n'empiètent pas sur cette cicatrice. Ces saillies sont en tout semblables aux premières décrites. Elles reposent aussi sur un fond rouge qui disparaît difficilement à la pression.

Un quatrième groupe absolument constitué des mêmes éléments, long de 4 centim., large de 2 centim., se trouve à la partie supérieure de l'avant-bras gauche et toujours sur la face externe.

Au-dessous de lui, on voit un petit amas d'une dizaine de saillies.

Le bras droit ne présente rien de semblable ; les principales lésions siègent qu'au bras gauche.

On ne constate rien au visage, mais au cou, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, on remarque quelques saillies, rudes au toucher, blanchâtres à leur extrémité et ne reposant pas sur un fond rouge.

A la région lombaire, on peut voir quelques groupes qui sont moins accentués et qui n'ont jamais eu l'importance de ceux des bras.

Jamais le malade n'a accusé de douleur ni de prurit.

Comme particularités, nous mentionnerons surtout l'état stationnaire de l'éruption depuis le moment où elle s'est développée ; M. Tenneson nous a fait remarquer d'autre part que, contrairement à ce qu'il a observé jusqu'ici, la région présternale n'est pas intéressée. Nous signalerons enfin l'amélioration rapide qui s'est produite depuis l'entrée de la jeune fille à l'hôpital, bien qu'elle n'ait été traitée que par des applications de pommade boriquée et des bains alcalins.

L'examen histologique, pratiqué par M. Prieur, a montré l'absence, dans la partie centrale du comédon, de tout micro-organisme susceptible d'être découvert par les procédés ordinaires de coloration alors que, par ces mêmes procédés, on découvre facilement dans l'acné vulgaire les fins bacilles décrits par Unna : ce fait négatif a une signification importante, car il vient confirmer les conclusions tirées de l'observation clinique relativement à la distinction radicale qu'il y a lieu d'établir entre cette dermatose et cette acné. L'absence complète, chez cette malade, d'acné dans les lieux d'élection est encore en faveur de cette manière de voir.

Le diagnostic avec le pityriasis rubra pilaire n'est pas sans difficulté : l'absence complète de lésions sur le dos des phalanges, les comédons saillants que présentaient la plupart des élevures et le défaut de desquamation pityriasique nous ont permis d'éloigner l'hypothèse de cette maladie.

Des affections oculaires syphilitiques à la troisième génération.

Par le Dr GALEZOWSKI.

Dans un travail que j'ai eu l'honneur de lire devant vous, Messieurs, il y a déjà quelque temps, j'ai essayé de démontrer, à l'aide de recherches ophtalmoscopiques, que la syphilis oculaire héréditaire doit être considérée comme une vérité irrécusable, et que l'on peut la classer dans quatre catégories bien distinctes d'après les symptômes suivants :

- I. — Malconformation des membranes protectrices de l'œil.
- II. — Paralysies ou spasmes des nerfs moteurs.
- III. — Arrêt de développement des organes visuels.
- IV. — Enfin, altérations de différentes membranes oculaires.

Aujourd'hui je viens vous apporter des faits qui découlent des précédents, mais qui ont été beaucoup plus difficiles à élucider. Il s'agit aussi d'altérations oculaires syphilitiques héréditaires, mais dans lesquelles l'hérédité remonte à deux générations.

Depuis longtemps j'étais frappé de voir un certain nombre d'affections intra-oculaires, plus particulièrement choroïdiennes, ressem-

blant, à s'y méprendre, à des affections syphilitiques, et où, cependant, on ne pouvait découvrir nulle trace d'empoisonnement vénérien ni aucun antécédent spécifique. Quelle était donc la cause de ce mal mystérieux, que nul remède ne parvenait à enrayer ? En désespoir de cause, à tout hasard, j'appliquai à ces cas douteux, tout mon traitement anti-syphilitique habituel, et j'obtins bientôt, à mon grand étonnement je l'avoue, des résultats excellents : soit un arrêt de la maladie, soit même, une amélioration incontestable et durable. Non content d'attribuer ces succès à la simple action anti-phlogistique du mercure, je me suis adonné à rechercher, chez tous ces malades, l'hérédité syphilitique, car j'avais toujours présentes à l'esprit, les suppositions formulées par notre éminent maître M. le professeur Fournier, relativement à l'hérédité syphilitique à la troisième génération, suppositions auxquelles il ne manquait qu'une preuve palpable pour devenir une certitude.

Il appartenait à l'œil de nous fournir cette preuve, comme il arrive si souvent dans nombre de maladies d'origine obscure. Je demande la permission de citer trois cas remarquables que j'ai observés dernièrement, et qui m'ont paru tout à fait concluants. Dans ces trois cas, pas de traces de syphilis acquise, mais antécédents héréditaires chez les parents des malades, dont les grands parents avaient été soignés par Ricord ou par d'autres syphilographes ainsi que je finis par l'apprendre en insistant longuement auprès des malades et en les aidant à rappeler leurs souvenirs.

Dans la première de ces observations, la mère et la fille avaient été successivement atteintes de kératite interstitielle, et avaient été également guéries par les frictions mercurielles employées pendant deux ans. Mais ce qu'il y a de plus frappant dans ce cas, c'est que chez la mère comme chez la fille, il existe des choroïdites atrophiques avec pigmentation caractéristique, que j'ai reproduites dans mes planches peintes d'après nature, et qui sont, pour moi, un signe indéniable de la syphilis héréditaire.

On peut s'en rendre compte en examinant minutieusement les lésions du fond de l'œil et en le comparant aux altérations syphilitiques acquises.

D'abord, la choroïde se nourrit mal par places, les vaisseaux capillaires font complètement défaut : la couche pigmentaire est désorganisée par endroits. L'ensemble de la lésion présente des taches atrophiques entourées de plaques noires pigmentaires. A l'image droite, on aperçoit un piqueté noir échelonné le long des vaisseaux ou disséminé sur le fond de l'œil, mais n'occupant qu'une couche limitée, circonscrite, et ce sont là des lésions qu'on observe fréquemment dans la syphilis acquise. Ces mêmes lésions se rencontrent dans mes deux premières observations. Dans la troisième,

j'ai constaté une altération pigmentaire monoculaire en tout semblable à la rétinite pigmentaire vulgaire, dépendante de la syphilis acquise ou héréditaire au premier degré, mais moins grave que celle-ci, en ce sens que la vision s'en trouve moins troublée. Une particularité digne de remarque, c'est que les choréïdites atrophiques héréditaires à la troisième génération, sont généralement irrégulières aussi bien dans leur forme que dans leur évolution. Tantôt il n'y a qu'un seul œil de pris ; tantôt la maladie n'occupe qu'une portion du fond de l'œil. Les troubles fonctionnels ne sont presque jamais en rapport avec le degré de la lésion choréïdienne, qui, du reste, se confirme.

Dans la membrane vasculaire de l'œil, sans s'étendre à la rétine, le pigment s'amasse par ci, par là, et ne pénètre dans la rétine qu'à de rares intervalles, et sans en envahir méthodiquement les parois vasculaires, contrairement à ce qui a lieu dans la rétinite pigmentaire en général.

L'ora serrata n'est que très légèrement atteinte à ce deuxième degré d'hérédité, se séparant sur ce point, des choréïdites syphilitiques acquises. Mais pour le reste, il y a ressemblance parfaite, même genre de lésion, mêmes caractères de choréïdite atrophique et pigmentation. On a donc le droit de rapporter cette affection héréditaire à la syphilis. Bien plus, lorsqu'on soumet ces malades au traitement antisiphilitique, et surtout aux frictions mercurielles, on est surpris de voir à quel point ce traitement devient actif, et son action salutaire vient encore confirmer le diagnostic.

Dans les deux premières observations nous trouvons des altérations choréïdiennes semblables à celles de la syphilis acquise, lorsque cette dernière a été enrayée, c'est-à-dire qu'il ne reste que des stigmates de la maladie, des cicatrices et des atrophies choréïdiennes.

Donc, toutes les fois qu'on rencontrera de pareilles lésions, on pourra affirmer qu'elles ont été provoquées par un germe syphilitique existant dans le sang, et qui se sera éliminé du sang par la choréïde. La cause syphilitique a été transmise là, il est vrai, bien tardivement mais incontestablement car j'ai été assez heureux pour retrouver dans les cas qui nous occupent une filiation de symptômes morbides, symptômes syphilitiques transmis pendant trois générations successives en ligne directe par des individus encore vivants.

On serait tenté, parfois, de douter de la réalité, car il est difficile de s'expliquer que la vérole ait pu conserver et transmettre son virus à trois générations successives.

Mais qui peut dire à quelle période s'arrête jamais l'hérédité ? Aussi, ma conviction est faite, et je tiens en concluant à m'appuyer encore sur l'opinion de notre distingué collègue, M. Fournier, et à relater ici, les propres paroles qui ont motivé mes recherches. A la page 325 de ses leçons sur l'hérédité syphilitique M. Fournier dit :

« La transmissibilité héréditaire de la syphilis à la seconde génération est un fait possible, rationnellement acceptable. »

Notre président M. le Dr Besnier y croit aussi et je suis heureux d'avoir trouvé les cas typiques que cherchaient mes éminents confrères, c'est-à-dire dans des observations où le grand-père, la mère et l'enfant étaient atteints des signes irréfutables de l'affection syphilitique oculaire héréditaire.

Les observations que je rapporte à l'appui des dessins du fond de l'œil, que j'ai reproduits d'après nature, confirment mes assertions ; et je puis aujourd'hui tirer de mon travail les conclusions suivantes :

1° Dans ces quatre faits il y a des accidents inflammatoires oculaires tels que kératites, iritis et choroidites syphilitiques chez des enfants nés de parents qui n'ont pas eu eux-mêmes de syphilis acquises, mais qui pendant leur enfance ont eu les mêmes accidents héredo-syphilitiques. Il y a donc des accidents syphilitiques transmis dans deux générations.

2° D'autre part, je me permets d'ajouter que dans ces accidents, que M. Fournier appelle para-syphilitiques, le mercure a une action curative incontestable, si on l'emploie longtemps et avec une certaine réserve.

3° J'ajouterai en outre, qu'il existe un certain nombre d'affections choroïdiennes analogues à celles que je viens de décrire, chez lesquelles on ne trouve aucune trace de syphilis acquise mais où on a le droit d'admettre l'existence de la syphilis transmise pendant deux générations successives. Les frictions mercurielles dans ces cas peuvent arrêter le mal mieux que tout autre traitement, frictions, comme je l'entends, faites sans interruption pendant deux années consécutives, à la dose de 1 à 2 grammes.

L'hydrargyrine de Petit de la pharmacie Mialhe peut être employé avec avantage dans ces cas.

▲ propos d'un cas d'eczéma séborrhéique psoriasiforme (en large placard unique hémicercle).

Par M. BARTHÉLEMY.

L'eczéma séborrhéique, dont nous devons la notion à Unna, est, à mon avis, une entité morbide réelle et bien distincte des dermatoses similaires. J'en suis, pour ma part, si convaincu, que j'avais dit à Unna de choisir une dénomination quelconque mais exclusive pour bien déterminer et mettre à part cette affection cutanée.

Quoi qu'il en soit, mes observations me permettent de penser qu'il ne s'agit ni d'un eczéma sec développé sur un sujet séborrhéique, ni

de la séborrhée compliquée d'eczéma. Je ne suis pas éloigné de penser, encore avec Unna, et toujours d'après des faits observés et où il m'a bien semblé ne pas me tromper, que cette dermatose est contagieuse et auto-inoculable. Il s'agit bien entendu de cas où il ne pouvait pas être question de trichophytie, ni d'érythrasma, pas plus que de pityriasis, rosé ou autre, ou d'un érythème quelconque.

L'extension de beaucoup de cas d'eczéma séborrhéique, dans sa forme érythémato, circiné et squameux, est due au grattage du cuir chevelu pityriasique par exemple, et à la suite duquel ont été atteints le dos et les faces latérales des doigts et des mains, les espaces interdigitaux, les régions périunguéales, puis les poignets et les bras ; de là est envahi le reste du corps par des placards et des îlots érythémateux, squameux, fissurés, parfois humides et suintants, mais secs le plus souvent, plus ou moins circinés, ou nummulaires.

Notons en passant que la teinture d'iode est parfois aussi utile dans ces cas que dans l'érythrasma ou la trichophytie.

On peut juger par ce simple exposé à combien d'affections différentes l'eczéma séborrhéique emprunte ses variétés, à combien de sources il s'alimente et puise ses caractères.

Il a même pu arriver dans deux cas que j'ai observés que les îlots érythémateux et squameux devinssent confluents et aboutissent à une variété d'érythrodermie généralisée. Je ne parle que pour mémoire de cette dermatose si fréquente chez les enfants où elle prend l'aspect de l'eczéma vulgaire suintant et étendu ; mais ce n'est pas tout, et l'une des dermatoses qui devra rendre à ce nouveau venu le plus de faits à elle attribués jusqu'ici est la dermatose psoriasique dans toutes ses formes. C'est du psoriasis qu'on doit s'attendre à voir se détacher le plus de cas susceptibles d'être dorénavant et avec plus de justesse étiquetés dans la nouvelle classe. Le lichen plan a du reste déjà fortement contribué jadis à démembrer le psoriasis.

Je me souviens avoir observé il y a quelques années un cas fort remarquable d'eczéma séborrhéique simulant à s'y méprendre la forme superficielle du psoriasis guttata. Pourtant les îlots étaient plus ovalaires, plus étendus et partant moins nombreux, bien que isolés les uns des autres ils couvraient presque tout le corps, voire la frontière du cuir chevelu et le derrière des oreilles. Sur le tronc, les îlots étaient moins secs, moins saillants ; leurs squames étaient moins sèches aussi, moins fines, moins nacrées, moins émiettables, si je puis ainsi dire, plus larges, plus grasses, moins brillantes, à reflets un peu plus jaunâtres ; quand on les arrachait, la surface était pourtant suintante ou saignante mais l'on ne trouvait pas les petits points sanglants. Bref, en y regardant de très près, on pouvait, ai-je alors pensé, édifier, soutenir et établir un diagnostic différentiel.

Toujours est-il que la maladie durait depuis deux ans, augmentant

plutôt qu'elle ne diminuait en dépit des divers traitements usités contre le psoriasis. J'écrivis au confrère qui m'adressait le malade que je croyais avoir affaire à un type d'eczéma séborrhéique si intéressant qu'il devrait en faire faire la photographie. On tarda huit jours ; il devint dès lors impossible de la prendre, car tout avait à peu près complètement disparu. La guérison s'acheva en effet très peu de jours après et le mal n'a plus reparu depuis plusieurs années.

Le cas que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui se rapproche aussi d'une des variétés psoriasiques ; mais cette fois l'affection est constituée par un placard unique, aux trois quarts cerclé, sec, rosé, finement squameux, c'est-à-dire érythémateux et pityriasiforme au centre, d'un rouge plus marqué sur les bords, qui sont recouverts d'une croûte épaisse, dure, adhérente, formée par l'accumulation des squames. C'est l'aspect d'un placard psoriasique et je crois qu'il y a quelques années l'accord eut été unanime pour rapporter cette lésion cutanée au psoriasis.

Toutefois on peut remarquer sur cette belle photographie colorisée par Méheux c'est-à-dire très exacte et très fidèle, que les crotelles sont plus jaunâtres, plus molles, plus épaisses, plus collantes que celles du psoriasis.

Les antécédents d'ailleurs sont les suivants : absence totale de syphilis, soit acquise, soit héréditaire. Il y a quatre ans (1891), atteinte de séborrhée concrète, dure, sèche, pigmentaire, noire et jaunâtre, formant sur une très grande étendue du tronc une sorte de carapace ; dyspepsie chronique, dilatation d'estomac, fermentations gastro-intestinales habituelles, d'où maigreur et anémie secondaire, pouvant faire redouter la tuberculose mais n'en présentant en réalité aucun symptôme. Le traitement interne et externe amena dans l'espace de trois mois, une guérison complète qui se maintint pendant ces quatre années.

Deux mois avant mon examen eut lieu pour la première fois le retour d'une dermatose se présentant sous forme d'un placard unique, d'abord érythémateux sec, finement squameux, de la largeur d'une pièce d'un franc avec prurit léger. L'extension se fit insensiblement selon le mode centrifuge et l'amena au degré que l'on put constater sur la photographie. D'ailleurs, pas de séborrhée ailleurs, à part un léger suintement sébacé déjà ancien sur le nez et la région médiane du front. Pas de tricophytie ni d'érythrasma.

Pour toutes ces raisons d'évolution et d'aspect, je crois pouvoir considérer cette lésion comme un type d'eczéma séborrhéique psoriasiforme. Je trouve une confirmation de ce diagnostic (préalablement porté et photographié) dans la marche et le mode de guérison.

J'instituai ici le traitement qui m'a réussi dans tous ces cas, à savoir : douches de vapeur quotidiennes suivies de douches chaudes

tous les matins. Onctions tous les soirs avec l'huile composée maintenue sur place pendant toute la nuit au moyen d'une couche d'ouate bien imbibée du mélange suivant :

Huile végétale stérilisée.....	100 gr.
Eau de chaux.....	30 —
Résorcine.....	3 —

Savonnages le lendemain matin à l'eau chaude et au savon de bois de Panama. Dans la journée un peu de pâte soufrée ou un placard d'épithème ichthyolé. Pas de traitement interne.

La guérison totale eut lieu en douze jours ; depuis trois mois, il n'y a pas eu de récurrence.

Éruption érythémato-bulleuse quinique.

Par M. HARALAMB, médecin-adjoint de Coltzea (de Bucharest).

Il s'agit d'un malade qui s'est présenté à nous avec une éruption telle qu'elle fut prise par plusieurs médecins pour une affection syphilitique et traitée comme telle.

Les éruptions caractérisées par des placards d'érythème et des bulles ont été signalées surtout à propos de l'antipyrine, mais pour les préparations de quinine le fait paraît tout au moins exceptionnel surtout pour ce qui est de la forme bulleuse. Tout ce que nous avons pu trouver comme observation quinique intéressante c'est dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* de 1890 à la page 993, une observation de M. Ashley Legatt intitulée « A diffuse érythémateux rash, probably due to quinine », et résumée par le Dr Wickham ; et une autre dans ces mêmes *Annales* de l'année 1891 à la page 710 de G. Lo. Re. intitulée « Contributo all urticaria prodotto dai sali di chinina », et résumée par le Dr Thibierge.

C'est pourquoi nous avons cru intéressant de rapporter l'observation suivante :

Le nommé Pierre G..., menuisier, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Coltzea dans le service de clinique dermatologique et syphiliopathique le 17 avril 1895.

Antécédents héréditaires. — Rien d'important à noter concernant notre cas.

Antécédents personnels. — A souffert des fièvres palustres ; fièvre typhoïde l'automne dernier, variole pendant l'enfance.

A eu trois blennorrhagies : une en 1873, une autre en 1881 compliquée d'épididymite, et une troisième il y a 5 ans.

Il y a deux ans il a eu, dit-il, un chancre unique situé juste sur le sein et diagnostiqué chancre simple par le Dr Sarfioti (de Galatz).

Trois mois après avoir été guéri, il contracta un nouveau chancre à la même place que le précédent ; le malade qui est intelligent nous dit qu'à plusieurs reprises il a pris le chancre entre deux doigts et qu'il lui semblait que les bords n'étaient pas durs. Cette fois-ci il ne consulte personne et se traite lui-même.

Le malade nous dit qu'au bout de trois semaines après le dernier chancre, il aperçut sur la paume des deux mains des sortes d'élévation de la grosseur d'un petit pois, blanchâtres, et qui ouvertes avec un rasoir ne laissaient écouler aucun liquide ; au bout de quelques jours apparurent également sur le corps des taches roses pâles qu'il avait peine à distinguer parce qu'elles n'avaient pas une couleur bien prononcée.

Il consulte un médecin de Galatz, le Dr Caravia, qui lui recommanda des frictions mercurielles et un autre qui lui prescrivit des pilules mercurielles et un gargarisme au chlorate de potasse parce qu'il commençait à avoir mal à la gorge. En dernier lieu et à l'occasion d'un voyage à Bucharest en avril 1894, il consulta également un médecin de cette ville qui lui prescrivit des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium et en dernier lieu du sirop de Gibert.

Dans cet intervalle, il fut atteint de douleurs dans les membres, accompagnées de fièvre et il prit 1 gramme de sulfate de quinine ; le lendemain même il eut une éruption bulleuse sur les lèvres, éruption qui avait été précédée de cuisson et de démangeaison ; ces bulles ont duré une semaine et ont passé après une cautérisation à la teinture d'iode et un pansement avec la vaseline boriquée.

Après, il recommença à prendre du sirop de Gibert dont il ne put prendre qu'une petite quantité ; au mois de juin 1894, venant à Bucharest, il consulta le même médecin que la dernière fois et on lui prescrivit de nouveau du mercure en pilules, parce que le sirop de Gibert lui causait des nausées et on lui recommanda de suivre ce traitement pendant 3 ans.

Pendant son séjour à Bucharest, se sentant de nouveau pris par des fièvres, il prend pendant deux jours 1 gramme de quinine.

Quelques heures après avoir pris la première dose, il ressentit sur ses lèvres comme des piqures, des démangeaisons, même sensation aux mains et au scrotum ; deux jours après la prise de la deuxième dose apparaissent sur les lèvres des bulles confluentes contenant un liquide limpide.

Ces bulles se crevèrent et laissèrent à leur place une surface légèrement saignante recouverte bientôt d'une croûte noirâtre.

Sur le scrotum apparurent de même des bulles qui en se déchirant donnèrent lieu à des érosions superficielles étendues. De même notre malade remarqua sur la partie interne du prépuce une simple rougeur sans bulle. Inquiet il alla consulter un médecin de Bucharest qui, croyant ces lésions dues à de la saleté lui recommanda des lotions avec du vinaigre aromatique. Sur les lèvres, le malade mit de la poudre de café et fut guéri au bout d'une semaine. Depuis cette époque, il n'a plus pris de préparations mercurielles parce qu'il croyait qu'il n'en avait plus besoin.

Le 9 avril de cette année, le malade ayant eu de nouveau un accès de fièvre prend 1 gramme de sulfate de quinine et le lendemain un 2^e gramme

Déjà après le premier gramme le malade sentit comme des piqures, des démangeaisons, des cuissos au niveau des lèvres et des mains, en même temps il sentit s'enfler le visage et les paupières.

Le 12 avril apparaissaient des bulles sur la lèvre inférieure, et sur la main gauche se montre une tache de couleur brun rougeâtre et ayant les dimensions d'un franc. Il ressentit également des démangeaisons violentes dans le dos. Puis apparut une bulle sur chaque pied; en même temps, il observa des bulles sur le scrotum et le prépuce à sa face interne. Ces bulles en crevant laissèrent à nu des surfaces érosives de couleur rougeâtre et suintantes.

Inquiet il consulte un des médecins le plus distingués de Galatz qui connaissant ses antécédents syphilitiques lui dit que c'était de nouveaux accidents syphilitiques. Sur la recommandation de ce médecin il vint à Bucharest et entre à l'hôpital Colțea dans le service de la clinique dermatologique.

Etat du malade à son entrée. — Sur le bord libre de la lèvre inférieure, on voit une croûte mince, de couleur noirâtre; cette croûte occupe toute la longueur de ce bord et les deux commissures. La lèvre est oedématisée et par la palpation on sent que le derme est infiltré.

Sur le bord libre de la lèvre inférieure, près de la commissure de gauche, on voit également une croûte noirâtre de la dimension d'un haricot; le reste de la lèvre est recouverte de squames blanchâtres. Au niveau du muscle biceps du bras droit, près du milieu de son bord externe, on observe une plaque rougeâtre de la dimension d'une pièce de 50 centimes, infiltrée et recouverte d'une croûte blanc jaunâtre.

Sur la partie postérieure du thorax et près de la base du cou à gauche de la ligne médiane on constate une grande plaque érythémateuse infiltrée et rouge de la dimension d'une pièce de 5 francs recouverte de nombreuses squames blanchâtres. La rougeur de ce placard se confond à la périphérie avec la couleur normale de la peau sans ligne de démarcation.

Sur la partie antérieure de l'avant-bras gauche au tiers inférieur, près du bord radial on voit également un placard de couleur rouge de la dimension d'un pièce de 2 francs recouvert de squames fendillées, placard analogue à la partie postérieure de ce même avant-bras.

Sur ce même membre entre l'index et le pouce on voit, près du pli interdigital, un autre placard de la dimension d'une pièce de 2 francs de couleur rouge foncé et recouvert d'une grande squame.

A la partie postérieure de l'extrémité inférieure de la deuxième phalange de l'index (de la main gauche) et près de son bord interne, on aperçoit un placard rougeâtre à épiderme entamé par suite de la déchirure d'une bulle qui a existé avant.

Sur le bord interne de l'annulaire de la main droite, on constate également un placard de couleur rouge foncé et légèrement douloureux au toucher.

Membres inférieurs. — Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche on constate un placard rouge cerise, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes et légèrement infiltré; à la partie interne du petit doigt

du même pied, on observe un placard plus foncé sur lequel il y a eu, nous dit le malade, une bulle. Ce placard n'a pas une couleur uniforme car il offre des taches les unes rouges et d'autres blanchâtres.

Au pied droit on voit sur la partie dorsale de la première phalange du gros orteil un placard de la dimension d'une pièce de 1 franc, de couleur rouge foncé et légèrement infiltré.

Organes génitaux. — Sur le prépuce et à sa face externe, près du raphé médian, on remarque deux petits placards d'érythème de couleur rouge foncé et sur lesquels on voit encore les traces des bulles qui se sont crevées ; tout le prépuce est légèrement œdédié.

Près du bord de l'orifice préputial, sur la face externe on voit également un petit placard recouvert d'une croûte jaunâtre avec le centre coloré en noir par le sang desséché à la suite de la bulle qui s'est trouvée à cet endroit.

A la face interne du prépuce, à 2 centimètres de l'orifice, on observe une grande plaque d'un rouge foncé et recouverte par place d'une sécrétion jaunâtre.

Les lèvres du méat sont œdédiées, surtout celle de droite et laissent écouler une sécrétion jaunâtre.

Sur le scrotum et sur le raphé médian, près de la racine du pénis, on remarque un grand placard qui paraît formé par la réunion de deux autres placards plus petits et ayant chacun les dimensions d'une pièce de 5 francs ; ces placards ont présenté à leur surface des bulles qui, en crevant ont laissé une surface érosive suppurante de couleur rouge ; plus bas, d'autres au nombre de cinq de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Toutes ces surfaces dénudées présentent absolument l'aspect de syphilides érosives.

Malgré les antécédents syphilitiques du malade, et bien que le malade ait été envoyé à l'hôpital comme porteur d'accidents spécifiques, diagnostic qui fut posé également par des candidats au cinquième de doctorat, nous pensâmes avec le professeur Petrini de Galatz que cette éruption pouvait être due à un agent médicamenteux ; d'ailleurs les éruptions successives que le malade nous disait avoir déjà eues chaque fois qu'il prenait des sels de quinine, nous mettaient sur la voie.

Nous posâmes donc le diagnostic d'*éruption érythémato-bulleuse quinique*.

Pour mieux confirmer notre diagnostic et nous assurer que c'était bien à la quinine que cette éruption était due, nous avons prescrit à notre malade à son insu 1 gramme de chlorhydrate de quinine en 6 pilules. Déjà après les 3 premières pilules, le malade nous dit avoir ressenti sur différentes parties du corps des démangeaisons.

Le lendemain matin, le 19 avril, on constate qu'un cercle érythémateux s'est formé autour des anciens placards qui ont repris leur couleur rouge vif ; en même temps on observe que de nouveaux placards érythémateux ont apparu dont deux plus grands, l'un sur l'épaule droite et l'autre au devant de la poitrine ; ce dernier occupe toute la région presternale et s'étend de la base du cou à la moitié du sternum. Couleur rouge et peu infiltrée.

A la région épigastrique on voit également des plaques ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

On prescrit 1 gr. 25 de chlorhydrate de quinine. Localement sur le scrotum on applique de la poudre d'amidon.

20 avril. Les phénomènes deviennent plus intenses ; sur le dos apparaissent de nouvelles plaques érythémateuses ; les plaques déjà existantes sont plus saillantes ; le malade a ressenti des cuissons au niveau des lèvres. Pas de température.

La preuve étant suffisamment faite, nous suspendons le chlorhydrate de quinine et nous prescrivons seulement une limonade citrique. Poudre d'amidon sur le scrotum.

Le 21. Les plaques sont moins rouges.

Le malade n'a plus senti de démangeaison.

Les érosions du prépuce et du scrotum sont presque sèches et ne suppurent plus.

Le 22. Le placard du dos et celui du devant commencent à pâlir et à desquamer.

Le 23. Pour mieux nous assurer que c'est bien une préparation de quinine qui est en cause, nous prescrivons 2 gr. d'antipyrine.

Le 24. Le malade n'a manifesté aucune réaction. Les différents placards d'érythème ont complètement pâli ; les érosions du scrotum ont guéri.

Nous prescrivons une dernière fois 1 gr. de chlorhydrate de quinine.

Le 25. Le malade a ressenti des démangeaisons sur tout le corps dès hier soir ; le placard d'érythème sur le thorax est de nouveau un peu plus rouge. On suspend le chlorhydrate de quinine.

Le 26. Le malade sort guéri.

Nous voyons donc en résumé que cette observation présente un double intérêt :

1° La particularité de l'éruption simulant par place, à tel point, des lésions syphilitiques, que des médecins instruits ont pu se tromper.

2° La guérison rapide des lésions aussitôt le médicament causal suspendu et la réapparition subite de l'éruption aussitôt le chlorhydrate de quinine prescrit.

Note sur le traitement du lupus par la chloroline (chlorophénols).

Par M. BROUSSE (de Montpellier).

Les beaux résultats, obtenus dans le traitement du lupus de la face par la méthode chirurgicale (scarifications, cautérisation ignée), ont fait beaucoup abandonner l'emploi des caustiques chimiques, tout au moins en France. A l'étranger, au contraire, ils jouent un rôle important dans la thérapeutique lupique : depuis quelques années, on y a recours de préférence aux caustiques antiseptiques, tels que le sublimé, l'icthiol, etc.

C'est un composé de même ordre, le *parachlorophénol*

qu'Elsenberg a tout récemment introduit dans la thérapeutique du lupus, il l'utilise en pommade et assure avoir retiré de son emploi de sérieux avantages.

J'ai utilisé dans le même but un produit de même nature, la *choloroline*, pratiquée par M. Weirich, chimiste alsacien, qui n'est autre chose qu'une solution à 20 p. 100 de chloro-phénol. J'ai employé ce composé en badigeonnages sur la peau, répété tous les deux jours, dans les cas de lupus ulcéreux ou non ulcéreux ; pour les muqueuses il est préférable de se servir de la chloroline glycérique qui est à 8 p. 100. Par l'application de cet agent, on obtient très rapidement la cicatrisation des ulcérations lupiques et la destruction des nodules tuberculeux par transformation fibreuse et sans production de cicatrice disgracieuse.

Dans la thèse d'un de mes élèves, M. Chabrol (1) on trouvera l'historique de deux malades, atteints l'un de lupus exedens, l'autre de lupus non exedens, traités avec succès pour cette méthode.

Je résumerai simplement ici la plus intéressante de ces deux observations :

G..., âgé de 26 ans, est atteint de lupus depuis neuf ans ; la maladie a débuté sur la joue droite à la suite d'un traumatisme par coup de pied de cheval. Le malade a été traité à cette époque à l'hôpital St-Louis par plusieurs des médecins distingués de cet établissement, entr'autres par M. Hallopeau, au moyen des scarifications, de la cautérisation ignée, plus tard de la lymphé de Koch et enfin des applications de sublimé au bout de quatre ans, la maladie est enrayée, et il reste plusieurs années sans poussée nouvelle.

Mais en janvier 1895, à la suite de la grippe il présente une nouvelle attaque de lupus : le 1^{er} février, il entre à l'hôpital de Montpellier, avec un visage enflammé, recouvert de croûtes et parsemé de nombreux tubercules en évolution.

Traité d'abord par les applications de sublimé et quelques séances de galvano-cautère, on enraye ainsi la marche envahissante du mal, mais sans améliorer sensiblement l'état existant.

On a recours alors, à partir du 1^{er} mars, aux applications exclusives de chorotine. Sous leur influence, il se produit une grande amélioration, la plupart des nodules tuberculeux disparaissent et le malade sort le 25 avril dans un état voisin d'une guérison complète.

Le secrétaire,

D^r VERCHÈRE.

(1) CHABROL. *Contribution à l'étude du traitement du lupus tuberculeux*. Thèse de Montpellier, 1895, p. 46 et 49.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 8 février 1895.

Epithélioma de l'avant-bras, ablation, autoplastie à lambeau, greffe de l'épithélioma sur le lambeau.

MM. CLAUDE et PILLIET présentent les pièces d'une femme de 57 ans qui avait été opérée d'un épithélioma ulcéré, développé sur cicatrice à l'avant-bras gauche d'une brûlure datant de l'enfance ; autoplastie à lambeau pris sur l'abdomen ; la tumeur présente les caractères histologiques de l'épithélioma lobulé corné. Au bout de six semaines, récidive à marche rapide qui nécessite la désarticulation du coude. Quatre mois après la première opération, on constate au niveau de la cicatrice d'une des incisions abdominales un petit bourgeon violacé, légèrement suintant, non douloureux, présentant un orifice par lequel la pression fait sortir une substance blanc jaunâtre rappelant la matière sébacée. L'ulcération s'étend, elle repose sur une base indurée et présente une fistule rappelant les fistules tuberculeuses ; cachexie rapide ; mort trois mois après le début de la lésion abdominale. Pas de récidive dans le moignon du bras gauche ; noyaux secondaires sous la peau du tronc et dans le sternum ; pas de lésions cancéreuses des viscères. A l'examen histologique, la tumeur de la paroi abdominale est un épithélioma né probablement dans les glandes sudoripares. Il semble donc bien s'agir d'une greffe cancéreuse.

Séance du 29 mars 1895.

Pyosalpingite gonococcienne.

M. HARTMANN présente les pièces d'une ablation de salpingite à gonocoques, et insiste sur l'absence d'oblitération du pavillon. Il rapporte deux autres faits analogues. Dans l'un d'eux, la trompe contenait un peu de mucopus et de pus renfermant des gonocoques ; ce fait prouve que la salpingite à gonocoques, comme la blennorrhagie urétrale, peut passer de la phase suppurée à la phase catarrhale et probablement à la guérison ; elle ne s'accompagne pas nécessairement de l'oblitération du pavillon et ne voue pas nécessairement les femmes à la stérilité, quoique celle-ci soit habituelle ; la castration soit abdominale, soit vaginale n'est donc pas indiquée dans tous les cas de salpingite blennorrhagique.

Séance du 12 avril 1895.

Sarcome pédiculé de le peau de l'ombilic.

M. SOURDILLE présente une tumeur cylindrique de 5 centimètres de long sur 12 à 13 millimètres de largeur, comparable à une petite verge, qui s'insérât

sur le bord inférieur de la cupule ombilicale ; cette tumeur, qui a débuté il y a dix-huit mois sous la forme de petits tubercules, accompagnés de douleurs et de démangeaisons passagères, présentait à sa base sept ou huit petits tubercules, du volume d'un pois, encastrés dans le derme, et donnait la sensation d'un doigt de gant rempli de noisettes.

Au microscope, la tumeur a la structure du sarcome fuso-cellulaire ; elle semble avoir pris son origine dans la moitié superficielle du derme et avoir plus de tendance à se pédiculiser qu'à envahir les couches profondes du derme ; par place, elle a tendance à s'organiser en tissu fibreux. Il semble qu'il s'agisse d'une tumeur d'ordre spécial, d'origine inflammatoire, consécutive aux frottements de la plaque du ceinturon (le malade a été soldat pendant quinze ans).

Séance du 26 avril 1895.

Un cas de diabète bronzé.

MM. de MASSARY et POTIER rapportent l'observation d'un homme de 39 ans, glycosurique depuis plus d'un an, qui présentait une pigmentation cutanée surtout accusée à la face, aux lèvres, aux organes génitaux, aux mains et aux avant-bras.

A l'examen histologique, le pigment occupait les glandes sudoripares et leurs conduits excréteurs, peut-être les glandes sébacées ; dans l'épiderme, le pigment formait une bordure nette au-dessous des cellules de la couche cornée et les cellules de la couche profonde de Malpighi étaient notamment infiltrées.

Séance du 10 mai 1895.

Salpingite blennorrhagique.

M. E. REYMOND présente les pièces d'une opération de salpingite double ; il n'y a pas de suppuration de l'ovaire, ce qui est la règle dans la salpingite blennorrhagique, mais l'un des ovaires est le siège d'un kyste sanguin volumineux et l'autre de lésions scléro-kystiques ; l'oblitération du pavillon est incomplète. Le pus, suivant la règle dans la salpingite blennorrhagique, a l'aspect du pus urétral blennorrhagique ; mais les gonocoques sont exceptionnellement nombreux, ce qui paraît en rapport avec une poussée récente de salpingite remontant à quatre semaines.

Séance du 7 juin 1895.

Salpingite blennorrhagique.

M. E. REYMOND présente les pièces d'une autre opération de salpingite blennorrhagique.

Séance du 21 juin 1895.

Sarcome mélanique pseudo-alvéolaire du pied.

M. MERMET présente une tumeur mélanique ayant débuté cinq ans auparavant sous la forme d'un petit durillon qui se pigmenta au bout de deux ans,

tumeur située au bord externe du pied droit, au voisinage de l'apophyse du cinquième métatarsien, chez un homme de 52 ans; la tumeur s'est développée très rapidement il y a six mois, a atteint le volume d'une noix et s'est ulcérée; à sa périphérie se sont montrés huit petits nodules noirs ou brun foncé à 2 centimètres du point d'attache de la tumeur centrale; la tumeur au moment de l'opération avait le volume d'un petit œuf de poule et était pédiculée; facies un peu terreux, ganglions inguinaux volumineux.

A l'examen histologique, la tumeur a la structure du sarcome globocellulaire, mais présente à sa périphérie une apparence alvéolaire due à la présence de tractus vasculo-cellulaires.

Séance du 28 juin 1895.

Sarcome mélanique du foie consécutif à une tumeur mélanique du cuir chevelu.

M. PAUCHET présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 36 ans, atteinte depuis huit mois de troubles hépatiques que l'on rapporta d'abord à un cancer primitif; les urines ayant renfermé de la mélanine et la malade ayant fait remarquer une tumeur noire datant de l'enfance occupant le cuir chevelu, qui s'était accrue lentement jusqu'à atteindre le volume d'une mandarine, cette masse fut considérée comme le point de départ du mélanome hépatique. A l'autopsie, foie bourré de masses truffoïdes qui présentent au microscope la structure du sarcome fasciculé.

Papillome foliacé de la plante du pied.

M. LENOBLE présente une tumeur qui avait débuté il y a vingt ans par un durillon très douloureux occupant la plante du pied droit au niveau des deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes et s'était développée il y a deux ans sans autre cause que la marche. Elle mesurait 4 à 5 centimètres de diamètre dans tous les sens, faisait corps avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, avait des bords durs, épais, cornés, nettement arrêtés; sa surface était constituée par des prolongements cornés, moyennement rigides, d'aspect foliacé, dont les folioles mesuraient 5 à 10 millimètres et se hérissaient dans tous les sens.

A l'examen microscopique, la lésion est un type de papillome corné simple avec des axes conjonctivo-vasculaires cutanés d'un revêtement épithélial lequel présente par places des globes épidermiques.

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 juin 1895.

Periartérite généralisée probablement syphilitique chez le fœtus.

MM. BAR et TISSIER rapportent l'autopsie d'un enfant mort immédiatement après sa naissance, et dont l'aspect général était celui d'un enfant

à terme. Le foie a, sur les coupes, un aspect caverneux dû à la dilatation énorme des branches de la veine ombilicale entourées d'une gaine scléreuse très résistante; veines sus-hépatiques extrêmement dilatées dans tout leur trajet; tissu hépatique normal d'apparence. Artères et veines du rein très volumineuses au niveau du hile. Le cœur très hypertrophié pèse 48 grammes entièrement lavé; distension des cavités droites et de l'oreillette gauche, insuffisance tricuspidiennne. Veine cave inférieure très volumineuse dans toute son étendue. Artère pulmonaire et aorte plus larges que la normale à leur sortie du cœur, l'artère pulmonaire plus volumineuse que l'aorte; canal artériel très ectasié; les artères ombilicales forment de chaque côté de la vessie un cordon très dur; d'une façon générale les vaisseaux des membres ont un calibre plus considérable qu'à l'état normal.

A l'examen histologique, épaississement des parois des veines centrales des lobules hépatiques; dans les espaces interlobulaires, gros vaisseaux veineux à gaine hypertrophiée; en beaucoup de points, les vaisseaux artériels et veineux sont plongés dans une épaisse gaine commune de tissu fibreux, dans laquelle se voient des traînées, des amas nucléaires; parois des veines et surtout des artères hypertrophiées. Dans le rein, au voisinage des glomérules, les petits vaisseaux artériels sont entourés d'une paroi très épaisse; dans les pyramides, congestion énorme des capillaires; les veines et les artères plus volumineuses sont plongées dans une gaine épaisse de tissu fibreux compact; en quelques points, surtout dans la zone glomérulaire, vaisseaux oblitérés par des éléments nucléaires et même véritables gommages formées autour des vaisseaux. Dans la rate, lésions de même ordre.

La mère ne présentait pas de lésions syphilitiques au moment de l'accouchement, mais avait eu des boutons sur les lèvres et à l'anus, et une angine; son mari se soignait par le mercure et l'iodure de potassium. La syphilis est donc probable chez elle et chez le père et les auteurs sont tentés de croire qu'il s'agit d'une syphilis fœtale conceptionnelle, en raison de l'ancienneté des lésions artérielles.

Le placenta présentait la disposition connue sous le nom de placenta marginé et, à l'examen histologique, des lésions périvasculaires peu développées; les vaisseaux du cordon étaient entourés d'une gangue fibreuse d'épaisseur colossale. Ces lésions sont probablement aussi d'origine syphilitique.

GEORGES THIERGE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE ROME

Séance du 27 janvier 1895.

Un cas de lèpre anesthésique (1).

M. CAMPANA présente un cas typique de lèpre anesthésique dans lequel on chercherait en vain aujourd'hui le bacille lépreux. Les nodules super-

(1) D'après la *Riforma medica*, 31 janvier 1895.

fiéls constitués par des cellules bacillifères, ont été détruits par le raclage et les cautérisations et se sont cicatrisés sans laisser de traces du parasite. Ce cas montre qu'il peut exister dans la lèpre anesthésique une période à laquelle on ne peut trouver de parasites et que les lésions tuberculeuses de la lèpre peuvent être arrêtées dans leur développement par la destruction ou l'ablation de leurs localisations accessibles aux moyens chirurgicaux.

Stance du 2 juin 1895.

Urétrite chronique et chancre simple.

M. CAMPANA a vu souvent des sujets atteints d'urétrite chronique, même parmi ceux qui se tiennent avec la plus scrupuleuse propreté, présenter des ulcérations du prépuce, débutant sous la forme d'érosions épithéliales ; l'urètre de ces sujets renferme du pus dans lequel on trouve de préférence des staphylocoques et des diplocoques et ordinairement à la troisième visite on trouve une véritable balano-posthite, produite principalement par des chancres simples ; ces dernières ulcérations sont recouvertes d'un exsudat inflammatoire dans lequel on trouve des micro-organismes semblables à ceux de l'urètre ; leur inoculation reproduit au deuxième ou au troisième jour des pustules, que l'on peut poursuivre jusqu'à la dixième génération. L'auteur en conclut qu'il y a un rapport entre le chancre simple et l'urétrite chronique.

L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

D'APRÈS LES TRAVAUX DE M. UNNA

Analyse critique par J. Darier.

(3^e article) (1).

XIII. — Dermites infectieuses à tendance néoplasique susceptibles de généralisation.

Nous abordons l'examen d'un groupe important de maladies pouvant débiter par une lésion localisée, mais devenant par la suite des maladies générales. Les productions pathologiques par lesquelles elles se manifestent sont de véritables néoplasmes qui ont été désignés sous le nom de *granulomes*, à cause de l'analogie de leur structure avec celle du tissu de granulation ou bourgeons charnus; puis on les a avec raison séparées des tumeurs véritables, en tant que néoplasies inflammatoires ou infectieuses. Pour deux de ces maladies, la tuberculose et la lèpre, le micro-organismes pécifique est connu; pour les autres son existence est plus que probable.

Dans ce chapitre, dont j'ai tenu à donner une analyse relativement détaillée en raison de l'importance du sujet, on verra jouer le plus grand rôle à ces éléments qu'Unna appelle *plasmazellen*. J'ai eu déjà à en parler un grand nombre de fois: j'ai montré en particulier que dans le chancre mou, l'actinomycose, le rhinosclérome, etc., ces cellules constituent pour l'auteur la partie la plus importante des lésions. Le moment est venu de préciser les caractères et la signification de ces éléments.

Le point de départ de la découverte des *plasmazellen* d'Unna est dans le sentiment très vif chez l'auteur, mais que d'autres avaient autant que lui, qu'il est devenu indispensable aujourd'hui pour comprendre l'inflammation en général et les néoplasies inflammatoires, de mieux connaître et d'apprendre à distinguer entre elles les cellules qui apparaissent dans les tissus enflammés. Les termes de « cellules rondes », de « cellules embryonnaires », ne servent qu'à masquer notre ignorance de la nature réelle de ces éléments.

A l'aide d'une technique spéciale (alcool, bleu de méthylène polychromique, glycerinæthermischung ou créosol) il a découvert que certains de ces éléments cellulaires des tissus enflammés ont des caractères spéciaux, caractères de coloration et caractères morphologiques, qu'on peut résumer comme suit: leur protoplasma granuleux, bien limité, prend la couleur bleue d'une façon élective; elles sont généralement plus grosses que les leucocytes, de forme ronde, ovale ou souvent cubique, dépourvues de prolongements; ont un protoplasma relativement abondant qui paraît granuleux; un noyau ovale de forme régulière, habituellement clair avec quelques gros grains de chromatine et qui souvent est excentriquement

(1) Voir numéro d'octobre, p. 902 et de novembre, p. 1060.

situé; ces cellules sont le plus ordinairement groupées en amas et de préférence au voisinage des vaisseaux.

Sur ce premier point, c'est-à-dire sur l'existence d'éléments ayant ces caractères spéciaux, il ne peut y avoir de discussion et il faut relever le mérite très grand qu'a eu Unna d'attirer l'attention sur cette espèce particulière de cellules qu'il a appelées *plasmazellen*.

Mais des divergences d'interprétation et des contradictions se sont fait jour sur presque tous les autres points de la doctrine relative à ces cellules, notamment sur leur origine et conséquemment sur leur signification.

Pour Unna, les *plasmazellen* ne sont certainement pas des leucocytes, mais sont des cellules conjonctives pathologiques; elles se distinguent des cellules fixes ordinaires par l'hypertrophie de la portion granuleuse du protoplasma, du « granoplasme », tandis que dans d'autres conditions (*plattenzellen*, *spinnzellen*) c'est la portion spongieuse, le « spongioplasme », qui est particulièrement développé. Les *plasmazellen* se multiplient par karyokinèse d'abord, plus tard par division directe. A côté de leur forme typique ou en trouverait de modifiées de diverses façons, de petites (*tochterplasmazellen*), de grosses et œdémateuses ou atteintes de dégénéralations très variées; il y aurait notamment, et c'est là un point capital, toute une série de formes de passage entre les cellules conjonctives fixes et les *plasmazellen*.

Dès qu'on sort du type parfaitement défini, intervient une part d'appréciation personnelle et c'est en cela que la conception de l'auteur est attachable. On peut lui objecter qu'il n'a pas fourni la preuve expérimentale de l'origine des *plasmazellen* aux dépens des cellules fixes; que s'il voit des formes de passage avec ces derniers éléments, d'autres et notamment *Marschalko*, en trouvent entre les *plasmazellen* et les lymphocytes; que l'apparition précoce des *plasmazellen*, leur siège périvasculaire, leur division amitotique semblent plaider en faveur de leur origine hématogène plutôt que de l'origine histogène. Je crois donc prudent de faire des réserves sur ce point.

Revenant maintenant aux néoplasies inflammatoires spécifiques, on va voir qu'elles sont, pour Unna, formées presque exclusivement par des *plasmazellen*, qu'il s'agit, suivant sa terminologie, de « plasmomes » plus ou moins purs; mais en tous cas la diapédèse, les éléments hématogènes, ne jouent presque aucun rôle dans leur constitution. Nous nous bornerons à demander que ces vues se trouvent confirmées par des recherches portant sur d'autres organes que la peau, la plupart des maladies en question ayant aussi des manifestations viscérales dont l'étude ne saurait être séparée de celles des localisations externes.

Je ne crois pas utile de m'arrêter à la description de la *frambesia*, *yaws* ou *pian*, maladie contagieuse des pays tropicaux, caractérisée par un ulcère suivi de papules croûteuses; ces papules sont formées par un plasmome compliqué d'hypertrophie épithéliale.

Mycosis fungoïde.

Bien plus intéressant pour nous est le *mycosis fungoïde* au sujet duquel il a existé et il existe encore tant de divergences, relativement à la

nature de la maladie et à la constitution de ses lésions. Cliniquement Unna admet trois formes : l'une à tumeur d'emblée (Alibert, Vidal) dont il a vu un cas ; une autre à taches persistantes se transformant en tumeurs ; enfin la forme commune. Dans cette dernière le système vasculaire de la peau est atteint dans son ensemble avant l'apparition des tumeurs ; la forme figurée et souvent circonscrite des taches prymycosiques est attribuée par l'auteur à une combinaison avec l'eczéma séborrhéique.

Dans les premiers stades, il y a dans tout le corps papillaire une infiltration abondante et uniforme de cellules très polymorphes, se multipliant abondamment par mitose, et qui sont des « plasmazellen imparfaites », altérées comme je vais le dire tout à l'heure ; en outre il y a des cellules multinucléées, des chorioplaxes et de vraies cellules géantes, mais il n'est pas question de leucocytes ou lymphocytes ; le collagène se laisse écarter passivement ; les vaisseaux sont simplement dilatés ; les mastzellen sont rares. L'épiderme est en prolifération, œdémateux et présente de ces petites cavités, que j'ai eu l'occasion naguère de signaler le premier je crois, et qui contiennent des cellules tout à fait semblables à celles de l'infiltration dermique, c'est-à-dire des plasmazellen ; selon Philipsson il s'agirait de portions détachées des papilles, par étranglement, ce que Unna considère comme admissible.

Les tumeurs mycosiques ont été étudiées bien souvent et à l'aide de techniques variées ; la méthode de coloration d'Unna a révélé un fait bien particulier ; les cellules composantes, considérées par lui comme plasmazellen imparfaites, laissent incessamment leur protoplasma s'émietter sur les bords en grumeaux encore colorables qui infiltrent les espaces intercellulaires et sont entraînés jusque dans l'épiderme. On doit rapprocher ce processus de fragmentation de la « clasmatose » de Ranvier. Les cellules prennent de ce fait une forme irrégulière et déchiquetée. La prépondérance alternative de la prolifération d'une part, de cet émiettement de l'autre, explique les variations de volume des tumeurs. Philipsson a insisté sur la thrombose de quelques vaisseaux et sur l'altération hyaline de leur voisinage.

Il n'est fait, j'ai le regret de le constater, aucune mention de l'état spécial du tissu connectif intercellulaire ; je veux parler du réticulum de tissu adénoïde que met en évidence la méthode du pinceau et qui donne aux tumeurs mycosiques une analogie de structure avec les follicules lymphatiques. On le voit bien mal il est vrai avec la technique d'Unna ; cela prouve une fois de plus qu'il est insuffisant d'étudier une question d'histologie à l'aide d'un seul procédé.

Des divers micro-organismes trouvés dans les tumeurs mycosiques aucun ne semble spécifique ; la prédisposition que montrent ces tumeurs à se laisser envahir par les germes, est en tous cas remarquable et peut contribuer à expliquer leur terminaison fréquente par l'ulcération destructive.

Ainsi le mycosis fongoïde de la forme commune n'est, suivant l'auteur, ni une variété du sarcome ni une lymphadénie cutanée ; les tumeurs mycosiques lui ont semblé être des plasmomes, comparables à ceux de la syphilis et de la tuberculose, quoique bien différents ; telle est la raison du rapprochement de ces maladies.

Syphilis.

Les manifestations cutanées de la syphilis, ou *syphilides*, sont extrêmement polymorphes ; il incombe à l'histologiste : 1° d'en fixer les caractères communs, afin d'établir pour ainsi dire le schéma dont les diverses formes cliniques représentent des variantes ; 2° d'expliquer ces variantes par les différences de structure qu'il relève dans chacune des formes.

La connaissance du microbe spécifique serait d'un grand secours pour répondre à ces desiderata ; il a jusqu'ici échappé aux investigations. Le bacille de Lustgarten, quelle qu'en soit la signification, n'a qu'un simple intérêt de curiosité.

Avant de prendre à part chacune des syphilides, quelques considérations sur les caractères généraux des syphilides ne seront pas inutiles.

La forme ronde ou ovale des syphilides s'explique, comme leur étendue, par le fait que ces lésions résultent de la réaction des tissus cutanés que viennent irriter des germes morbides. Mais l'infection est à un certain moment générale ; il faut admettre que les microbes circulent avec le sang ; si cependant la première éruption a la forme d'une roséole, la seconde celle d'un exanthème papuleux plus ou moins abondant mais universel, cela ne peut résulter, selon Unna, que d'une immunité des régions ou des parties tégumentaires qui restent saines. Cette immunité, même en l'absence de traitement, tend à augmenter avec l'âge de l'infection ; finalement il n'y a que certains points où elle fasse défaut, ce sont ceux où apparaîtront les syphilides tertiaires. Les observations d'Unna, confirmant celles de Neumann, tendent à prouver ce fait bien inattendu, que l'immunité acquise correspondrait à une altération matérielle des vaisseaux de la peau.

S'il y a une immunité presque générale de la peau, sauf sur les points où siègent les syphilides, celles-ci ne doivent pas pouvoir s'accroître en surface ni progresser. C'est à tort que l'on a attribué le caractère serpigneux aux syphilides en général ; celles qui le présentent sont des lésions mixtes, résultant d'une combinaison avec une dermatose elle-même serpigneuse, telle que l'eczéma séborrhéique, laquelle a peut-être le pouvoir de suspendre l'immunité là où elle s'implante. Le fait est que de nombreux exemples prouvent que les syphilides papuleuses et tuberculeuses deviennent serpigneuses quand elles s'associent à l'eczéma séborrhéique. Ces formes mixtes doivent être mises à part. Les gommès seules semblent faire exception et pouvoir devenir envahissantes par elles-mêmes ; en réalité, ce n'est que leur ramollissement qui est envahissant et cela seulement dans le territoire primitivement infiltré.

On ne saurait nier que cette élimination des formes à configuration annulaire, circinée ou polycyclique, — jointe à l'élimination préalable des neurosyphilides — n'allège singulièrement le tableau des syphilides ; elles se trouvent réduites à la roséole, aux papules, tubercules et gommès, et forment ainsi un ensemble assez homogène.

La couleur des syphilides, couleur cuivrée ou maigre de jambon, passe avec raison pour caractéristique mais n'a pas reçu d'explication satisfaisante. C'est à tort qu'on l'a attribuée à une exsudation d'hémoglobine et

à une pigmentation, car le pigment est moins abondant dans les papules de couleur cuivrée que dans la peau normale et il ne fait son apparition qu'au moment de leur guérison. La coloration jambon résulte du mélange de la teinte jaune brunâtre du plasmome avec la teinte rouge des capillaires superficiels ; en vidant ces vaisseaux par l'écrasement d'une papule sous une lame de verre, on se rend compte de la réalité de ce fait. Si le plasmome est moins riche en tissu collagène opaque, et si par conséquent il est plus translucide, les vaisseaux plus profonds seront perçus avec une nuance bleue, laquelle fait partie de la coloration cuivrée.

La consistance relativement dure et élastique des syphilitides ne tient pas au plasmome, car le lupus, qui est un plasmome pur, est d'une très grande mollesse ; elle tient à la conservation du tissu fibreux de la peau qui n'est pas raréfié dans les néoplasies syphilitiques, bien au contraire.

Chancre syphilitique. — Dans la règle le chancre syphilitique n'est pas ulcéreux ; c'est une simple érosion qui repose sur une base indurée. L'induration a des caractères variables qui dépendent des qualités régionales de la peau ; elle est superficielle et parcheminée si le chancre siège en un point où la peau est mince et où les cônes vasculaires sont très inclinés ; elle est nodulaire dans le cas contraire ; si la peau de la région atteinte se continue insensiblement à sa face profonde avec un tissu cellulaire abondant (grandes lèvres, vestibule), l'induration peut être diffuse. Quelquefois elle se prolonge sous forme de cordon dur, ce qui s'observe particulièrement le long de la veine dorsale de la verge. Dans le cas de chancre mixte l'induration spécifique se développe à la base d'un chancre simple et enchâsse celui-ci, à moins qu'il n'ait eu le temps de guérir auparavant. Il n'est pas rare de voir apparaître sur l'induration qui survit au chancre, des papules ou des lésions tertiaires qu'on a qualifiées de récidives du chancre.

Si précoce qu'ait été l'excision d'un chancre, du moment qu'il présentait déjà de l'induration, le microscope y révèle l'existence de lésions épidermiques et vasculaires importantes qui ont dû se développer insidieusement pendant la période d'incubation. Elles consistent en épaissement de l'épiderme, allongement des bourgeons interpapillaires, prolifération de l'endothélium de tous les vaisseaux qui montent de l'hypoderme vers les papilles ; ces vaisseaux sont en outre dilatés et entourés de plasmazellen et de faisceaux collagènes denses ; les cellules plasmatiques s'insinuent entre les mailles serrées du tissu fibreux voisin, s'y disposent en files serrées et prennent une forme cubique. Il n'y a presque pas de diapédèse des globules blancs. On constate ainsi dès le début une disposition qui ne subira presque aucune modification pendant toute la durée du chancre.

Dans le chancre adulte l'épiderme apparaît épaissi sur les bords, où il s'élève en une sorte de rempart ; il a perdu à ce niveau sa couche granuleuse. Au centre le revêtement épidermique est parsemé de nombreuses cellules migratrices, qui creusent dans le corps muqueux de larges canaux anastomosés en réseau. Les bourgeons interpapillaires anormalement allongés sont amincis par le fait de l'élargissement des papilles ; ils peuvent même se trouver détachés de la couche de revêtement. La surface de l'érosion présente une couche de cellules plates

nucléées entremêlées de leucocytes, et, au-dessus, une couche cornée réduite à ses assises inférieures.

Comme dans tout granulome ou néoplasie inflammatoire, on peut distinguer dans le chancre les cellules plasmiques et le tissu fibreux ; Unna désigne ces deux éléments sous les noms de « plasmome » et de « fibrome ». Dans aucune production syphilitique ils ne sont aussi intimement entremêlés que dans l'accident primitif ; leur intrication est infiniment plus marquée que dans le lupus par exemple où l'on voit le plasmome remplacer le tissu fibreux et disparaître à son tour quand ce fibrome se développe.

Il faut des coupes minces et bien colorées pour reconnaître que le néoplasme chancreux se compose de la juxtaposition d'un certain nombre de territoires, dont une branche vasculaire occupe le centre, tandis que les limites en sont marquées par des faisceaux conjonctifs hypertrophiés et par des fentes lymphatiques. Dans ces territoires, tous les interstices du tissu sont bourrés de cellules qui sont presque toutes de l'espèce des plasmazellen ; il y a cependant parmi elles quelques cellules conjonctives étoilées, des leucocytes très rares et des mastzellen en nombre modéré.

En dehors du néoplasme et lui formant une bordure, se voient des cellules étoilées (Spinnenzellen) à corps protoplasmique volumineux, à prolongements multiples très longs et anastomosés entre eux ; elles ont souvent des dimensions énormes. Les vaisseaux qui abordent le nodule d'induration sont entourés de manchons cellulaires ; leur tunique adventice est épaissie jusqu'à une assez grande distance ; la tunique moyenne des artères, mais bien plus encore celle des veines, s'infiltré de cellules dont la présence a pour effet de rétrécir le calibre vasculaire dès avant toute lésion de la tunique interne. Quelques artérioles sont pourtant atteintes d'endartérite oblitérante ; l'endartère tuméfiée se plisse en saillies allongées qui effacent la lumière du vaisseau ; on n'observe pas de stratifications de la tunique interne comme dans l'artérite syphilitique des centres nerveux.

Dans le chancre mixte il y a une ulcération véritable à bords décollés ; l'induration est moins nettement limitée parce qu'elle s'est développée dans un tissu atteint préalablement d'œdème.

L'analyse de la structure du nodule induré qui persiste si souvent après la guérison du chancre, présente un certain intérêt en ce qu'elle montre comment le chancre guérit et comment il laisse des résidus qui pourront devenir le point de départ de syphilides secondaires ou tertiaires. L'auteur en a excisé un peu de temps après la cicatrisation. L'épiderme superficiel et la couche supérieure du derme avaient repris à peu près leur structure normale ; le nodule, nettement limité, était composé de tractus cellulaires paraissant arrondis ou ovales sur les coupes, sans vaisseau central, mais, fait singulier, extrêmement riches en cellules géantes. Unna n'a jamais vu de cellules géantes dans le chancre à la période d'état, mais on va voir que ces éléments abondent dans les syphilides à évolution chronique.

Roséole. — Il s'agit ici de la première roséole et non des roséoles de retour, qui seraient des neurosyphilides. Cette éruption s'accompagne de

lésions déjà très étendues quoique peu intenses de la peau. Tous les vaisseaux du derme sont dilatés ; leur endothélium est tuméfié, leur péricythélium est riche en cellules. Les cellules des glomérules sudoripares sont irrégulièrement hypertrophiées ; l'épiderme n'est pas modifié. On ne trouve pas encore de leucocytes ni de cellules plasmiques dans le tissu, sauf dans la variété *roséole ortiée*, où l'on constate une diapédèse active et de l'œdème du corps muqueux, et dans la variété *roseola granulata*, où apparaissent des amas de plasmazellen en manchons autour de quelques vaisseaux, notamment de ceux des glomérules.

Syphilides papuleuses. — La papule est le type le plus achevé des manifestations cutanées de la syphilis. Il y en a deux formes : les petites papules et les grosses papules ; en outre, il existe de nombreuses variétés liées soit à des conditions topographiques, soit à la coexistence d'affections cutanées différentes qui appellent, en même temps qu'elles le modifient, le processus de néoplasie syphilitique.

Les syphilides mixtes ou compliquées, c'est-à-dire modifiées par leurs combinaisons avec une dermatose d'une autre nature, sont extrêmement fréquentes, si l'on en croit Unna, et c'est ainsi qu'on doit interpréter le remarquable polymorphisme des éruptions spécifiques. La combinaison ne se fait qu'avec des affections inflammatoires et dans les régions que celles-ci occupent de préférence.

C'est une association avec des hyperhémies folliculaires, telles que l'eczéma folliculaire ou la kératose pileaire, qui donne lieu à la syphilide granuleuse, miliare ou folliculaire. Bien plus fréquente et évidente dans près de la moitié des cas, est l'influence de l'eczéma séborrhéique sous une quelconque de ses formes : l'auteur l'accuse dans les syphilides papulo-croûteuses du cuir chevelu, dans la corona veneris, dans la rosacée papuleuse syphilitique, dans un grand nombre de syphilides palmaires et plantaires, et en général dans toutes les variétés circonscrites, serpiginieuses, abondamment croûteuses ou prurigineuses des éruptions syphilitiques.

L'infection secondaire des syphilides par les pyocoques est, en revanche, étonnamment rare, si bien qu'elles semblent jouir presque d'une immunité vis-à-vis des staphylocoques. Peut-être faut-il citer la syphilide acnéiforme comme un exemple de cette combinaison ; il est possible que dans les syphilides varicelliforme, ecthymateuse, rupioïde, il y ait un mélange de germes, mais en tous cas il ne s'agit pas des pyocoques vulgaires.

Commençons par l'examen des formes papuleuses pures ; les formes mixtes ou atypiques nous occuperont plus loin.

La syphilide à petites papules est constituée par un néoplasme sous-épidermique, de forme lenticulaire, dont la face profonde, qui s'étend jusqu'à mi-hauteur du chorion, présente souvent un prolongement longeant un vaisseau sanguin. L'épiderme n'est pas altéré, mais seulement tendu à ce point que souvent les bourgeons interpapillaires sont effacés. Au pourtour du néoplasme les vaisseaux et capillaires sont entourés de plasmazellen. Le néoplasme lui-même est essentiellement un plasmome, c'est-à-dire composé de ces mêmes plasmazellen et de cellules conjonctives fusiformes (spindelzellen) hypertrophiées ; mais ce plasmome est formé par un certain nombre de territoires ou d'îlots arrondis ou polygonaux, dans

lesquels, plus ou moins au centre, se voit un vaisseau ou capillaire sanguin. Les territoires sont bordés par une mince couche de faisceaux conjonctifs et séparés par de larges fentes lymphatiques. Les cellules plasmiques les plus belles et celles qui se colorent le plus fortement, par le bleu de méthylène, sont à la périphérie des flots ou au voisinage des vaisseaux. On voit que jusqu'ici l'analogie de structure est très grande avec le chancre ; mais au milieu des amas un peu considérables de plasmazellen il y a très régulièrement dans la papule des cellules géantes, à protoplasma trouble finement réticulé, munies de nombreux noyaux diversement disposés, ne se distinguant en rien des cellules géantes du lupus. En outre, on y trouve un grand nombre de cellules géantes imparfaites ; c'est au moins là l'interprétation qu'Unna donne aux cellules munies de 4 à 6 noyaux, à protoplasma analogue à celui des cellules géantes ou plus ou moins homogénéisé, que l'on rencontre souvent groupées et qui pour lui sont des plasmazellen altérées qui par coalescence vont former des cellules géantes. Ces éléments de transition sont bien moins nombreux dans le lupus, lequel a une évolution plus lente ; d'autre part, le lupus est caractérisé par l'abondance énorme de plasmazellen de petites dimensions qui entrent dans sa constitution ; enfin on n'y reconnaît pas une division du néoplasme en territoires distincts, séparés par des tractus conjonctifs, disposition qui indique que le plasmome syphilitique est originellement composé de manchons cellulaires périvasculaires.

Il n'y a guère d'autres éléments constitutifs dans une papule typique ; les leucocytes et les mastzellen y sont très rares ; on n'y trouve que peu de figures karyokinétiques à la période d'état.

Les papules ne sont pas en connexion nécessaire avec un follicule ; toutefois cela peut se voir et en ce cas le néoplasme englobe le follicule, se ramasse autour de lui, et la papule a une forme plus acuminée (*lichen syphilitique, syphilide miliaire*).

La *syphilide à grosses papules*, chronologiquement plus tardive, ne diffère de celle qui vient d'être décrite que par sa texture moins compacte, sa richesse plus grande en tissu collagène contenant des lymphatiques béants.

Il faut dire quelques mots des variétés déterminées par la localisation des papules.

Les *papules condylomateuses*, ou plaques syphilitiques, sont des papules larges, habituellement érosives et humides, siégeant dans les plis cutanés et au voisinage des orifices muqueux. Les frottements, la chaleur plus grande, et probablement d'autres conditions encore président à leur développement. Histologiquement elles sont caractérisées par le fait, qu'à la néoplasie périvasculaire de toute papule syphilitique s'ajoute une prolifération active de l'épiderme, surtout des bourgeons interpapillaires ; dans les papilles, très allongées et renflées, les capillaires sont dilatés, les lymphatiques sont béants ; à leur surface il y a soit une couche cornée mince, soit des squames humides, soit même des croûtes purulentes. En effet, contrairement à ce qui est de règle dans les papules simples, l'émigration leucocytaire est ici très active ; cela permettrait de supposer qu'il y a une infection surajoutée qui provoque la suppuration ; Unna ne se croit

cependant pas autorisé jusqu'ici à ranger cette variété dans les syphilides mixtes ou compliquées.

Les *papules palmaires et plantaires* offrent aussi un allongement considérable des bourgeons épithéliaux interpapillaires et des papilles, et ressemblent par là à de simples parakératoses ; mais elles s'en distinguent par l'infiltration périvasculaire de plasmazellen qui manquent dans ces dernières. En bien des points où la couche cornée semble très épaissie, on constate pourtant l'absence plus ou moins complète de la couche granuleuse.

Notre *pemphigus syphilitique des nouveau-nés*, qu'Unna appelle, je ne sais pourquoi, *papule bulleuse*, n'est pas une papule. Les cellules plasmatiques et les cellules géantes font défaut ; il n'y a que des cellules fusiformes autour des vaisseaux comme dans la roséole ; mais en outre l'émigration leucocytaire est très accentuée. La bulle résulte d'un soulèvement de la couche cornée par l'exsudat et conséquemment ne se peut produire que dans les régions où cette couche cornée est assez épaisse et résistante.

Tous les faits énoncés ci-dessus, relatifs au chancre et aux papules, sont très faciles à contrôler ; pour ma part, l'examen de mes préparations faites avec les méthodes d'Unna lui-même, me permet de les confirmer presque en tous points. Il est moins à la portée de chacun de vérifier les résultats extrêmement curieux qu'a donnés l'étude du *mode de guérison des papules*, résultats que je crois bon de rapporter avec quelque détail.

Sur un syphilitique non encore traité, atteint d'une éruption papuleuse particulièrement intense, l'auteur a pratiqué une biopsie chaque semaine tout en soumettant le patient à des frictions mercurielles.

Avant le traitement la papule avait sa structure typique, huit jours après, les dimensions avaient diminué en tous sens, la papule aplatie n'avait plus que la moitié de sa hauteur. La disposition générale des éléments était conservée ; l'arrangement des plasmazellen autour des cellules géantes et des cellules « homogénéisées » était même plus régulier ; la vascularisation et le tissu collagène ayant diminué d'importance, l'aspect était devenu réellement lupoïde. Le phénomène le plus intéressant consistait en une modification des grosses cellules plasmatiques fortement colorables ; au milieu de leur protoplasma s'étaient formées des places claires, des sortes de vacuoles, isolées ou groupées, résultant du départ de leur substance chromophile. On retrouve celle-ci, en dehors des cellules, sous forme de grains irréguliers et grumeaux anguleux.

Au stade suivant la papule s'était affaissée, avait une teinte gris jaunâtre ; le néoplasme existait encore, composé d'un nombre bien moins grand de plasmazellen. Le processus d'élimination de la substance chromophile hors des cellules plasmatiques, processus qui me semble très comparable à celui de la clasmatose de M. Ranvier, quoiqu'il atteigne des éléments différents, était à son apogée. Les cellules ont des formes bizarres, des longs prolongements qui s'émiettent, pendant que s'en détachent des portions plus importantes qui se fragmentent ensuite. Entre les cellules fourmillent des particules colorables que le courant lymphatique entraîne jusque dans les espaces intercellulaires de l'épiderme, et des grains vésiculeux qui prennent une nuance verdâtre. On

trouve même de ces détritres dans l'intérieur des cellules multinuclées. Il ne faudrait pas croire qu'il s'agit de grains de pigment; sur les préparations non colorées il y a dans les papules syphilitiques en voie de guérison plutôt moins de pigment que dans la peau normale, et ce n'est pas à leur pigmentation qu'est due leur couleur grisâtre. Mais les mastzellen sont remarquablement abondantes, reconnaissables à leurs granulations qui prennent une teinte rouge; il y en a qui n'ont de grains que dans une partie de leur substance; d'autres sont parfaitement constituées, en particulier au pourtour de la papule en guérison; Unna pense qu'elles sont néoformées, aux dépens de cellules conjonctives.

Au quatrième stade, celui de la guérison apparente, il reste encore une quantité notable de plasmazellen infiltrées dans le derme; le processus de clasmatose n'a donc pas tout détruit. Il y a des granulations colorables jusque dans les cellules géantes et en quantité dans les espaces intercellulaires de l'épiderme. Le tissu collagène se raréfie et les fentes lymphatiques sont très larges. En somme, à ce moment il subsiste encore une partie notable de l'infiltration caractéristique de la syphilide, et cela pour on ne sait combien de temps. Des cellules du plasmome à la période d'acmé, quelques unes persisteraient, moins riches en substance chromophile; d'autres, ayant éliminé cette substance qui pourrait être considérée comme un produit pathologique, se transformeraient, d'après Unna, en cellules conjonctives ordinaires; un certain nombre enfin seraient détruites et résorbées.

Parmi les formes mixtes ou compliquées une des plus fréquentes est la *syphilide papulo-crustacée* qui résulte pour l'auteur d'une combinaison avec l'eczéma séborrhéique que prouve la clinique autant que l'histologie; il s'agirait plutôt d'une infection mixte que d'une prédisposition de terrain. Ces syphilides sont caractérisées par des lésions épidermiques, consistant en prolifération épithéliale vers les bords et un peu d'atrophie au centre; les couches intermédiaires entre le corps muqueux et la couche cornée sont œdémateuses, en dégénérescence fibrineuse et s'infiltrant de quelques leucocytes; il se forme donc une squame, puis une croûte analogue à celle de l'eczéma séborrhéique croûteux. Le corps papillaire est œdémateux, en sorte que le plasmome de la syphilide est repoussé dans le derme sous-jacent; mais on l'y retrouve avec tous ses caractères.

L'*ecthyma syphilitique superficiel* est une syphilide papulo-crustacée qui suppure; elle se voit surtout aux jambes et serait le résultat d'une infection surajoutée, non par les pyocoques vulgaires, mais par les parasites auto-inoculables de l'ecthyma ordinaire. Elle a la même structure que la forme précédente, avec addition d'un processus de suppuration, qui forme un abcès sous la couche cornée et plus tard des croûtes infiltrées de leucocytes. L'ulcération paraît d'ordinaire plus profonde qu'elle n'est en réalité; son fond est formé par le corps papillaire. Souvent cet ecthyma guérit plus vite d'un côté de sa périphérie et prend l'aspect réniforme; cela est dû à ce que l'infiltration pathologique, entourant les vaisseaux qui abordent la peau obliquement, n'a pas partout la même étendue en profondeur.

Les *syphilides varicelliforme* et *varioliforme* sont rares et leur constitution n'est pas bien élucidée.

Syphilides tertiaires. — Elles sont manifestement liées à la reviviscence de produits syphilitiques déposés dans la peau à la période primaire ou secondaire, ainsi que l'ont démontré les travaux de Neumann et de Unna. Le processus peut évoluer dans deux sens différents, donnant naissance à deux types distincts de syphilides tertiaires.

Dans le type le plus commun, celui du tubercule syphilitique, c'est une papule qui reparait, avec des nuances de structure dépendant de l'ancienneté de la maladie; c'est dire que la néoplasie est liée aux ramifications vasculaires. Il y a des formes de passage entre les papules et tubercules; le tubercule est pourtant plus gros, plus dur, plus persistant, moins spontanément résolutif, moins complètement résolutif aussi, car il laisse après lui une atrophie. C'est à tort qu'on confondrait ce processus avec celui qui entre en jeu dans la gomme; ils n'ont entre eux rien de commun.

La syphilide gommeuse est rare à la peau, fréquente au contraire dans l'hypoderme. Ici la néoformation ne suit pas toutes les ramifications d'une branche vasculaire; partant d'une portion d'un vaisseau qui lui sert de centre, elle se développe excentriquement et suivant la direction de la moindre résistance. La néoplasie est, comme dans le tubercule, formée de plasmazellen, mais elles s'accumulent en grand nombre autour du centre de formation, il ne reste aucune trace du tissu conjonctif entre elles, tandis que ce tissu se condense au pourtour sous forme de capsule. Le contenu de cette capsule est donc mou, formé de cellules de plus en plus petites à mesure qu'elles se multiplient, et finit par dégénérer au centre soit par dessiccation, soit par ramollissement. On conçoit que la trame fibreuse et dense du derme se prête peu à la formation de ces amas considérables de cellules; s'il s'y forme des gommages elles sont très rapidement encapsulées et caséifiées. L'hypoderme et surtout le voisinage des glomérules, est au contraire leur siège d'élection. De là la néoplasie peut gagner la surface en longeant les vaisseaux, puis une fois ramollie se vider au dehors. La gomme, accident circonscrit et essentiellement destructif, a donc au plus haut degré les attributs des accidents tertiaires.

L'étude microscopique d'un tubercule syphilitique isolé, de couleur jaunée, saillant, non squameux et de date relativement récente, montre une structure qui diffère peu de celle de la papule, il suffira de noter quelques particularités. Les vaisseaux et capillaires y sont plus larges, ont des parois plus épaisses paraissant claires sur les préparations colorées; les cloisons conjonctives sont plus importantes; il peut y avoir une intrication du tissu fibreux et des éléments cellulaires, mais elle est moins intime que dans le chancre. Le corps papillaire est sclérosé; partout les fentes lymphatiques sont béantes; le tissu élastique a disparu. Il y a peu de mastzellen et de leucocytes. Parmi les cellules du plasmome il y en a un moins grand nombre de dégénérées que dans une papule de même âge. L'épiderme se laisse passivement étirer.

En somme, le nodule est à la fois plus fibreux que celui d'une papule et plus « succulent », en ce sens que toutes les cavités vasculaires sont plus larges. Par rapport au lupus, l'ordonnance des diverses variétés de cellules est moins régulière et les cellules plasmatiques volumineuses sont beaucoup plus abondantes.

A la période de régression c'est au sommet des papilles que commence la résorption des éléments cellulaires, et elle se continue de haut en bas. Finalement il ne reste que quelques plasmazellen autour de certains vaisseaux qui demeurent dilatés et un tissu fibreux devenu poreux par suite de l'élargissement des espaces interfasciculaires; cette atrophie interstitielle du derme, au niveau de laquelle l'épiderme conserve lui-même une épaisseur amoindrie et reste dépourvue de pigment, se traduit par l'apparence d'une cicatrice.

Comme pour les papules secondaires, Unna admet pour les tubercules des formes mixtes ou compliquées, créées par leur combinaison surtout avec l'eczéma séborrhéique. C'est, à ce qu'il me semble, aller un peu loin que d'admettre cette immixtion dans toutes les syphilides tertiaires circonscrites, croûteuses, végétantes ou ulcéreuses, dans toutes les syphilides lupoides!

La variété *tuberculo-crustacée* a des lésions exactement superposables à celles de la syphilide papulo-crustacée; ici encore l'hypertrophie épidermique et l'émigration leucocytaire sont attribuées à ce parasitisme eczémateux. Il en existe une sous-variété *végétante* à centre positivement papillomateux, qui a une persistance bien remarquable puisque, dans un cas, l'éruption aurait duré vingt ans!

La variété *tuberculo-ulcéreuse* (*Ecthyma syphilitique profond*) est bien connue en clinique et relativement fréquente, notamment au cuir chevelu; elle se présente sous l'aspect de plaques soit entièrement ulcérées, soit à bordure serpigneuse. Comme dans les formes secondaires la croûte précède l'ulcération; quand on l'enlève on trouve un ulcère ayant profondément miné le derme. Sur les bords la structure est celle du nodule tuberculo-croûteux; au milieu se voient, dans un tissu extrêmement œdémateux et même raviné par l'œdème, des trainées de tissu nécrosé et macéré mal limitées. Il n'y a pas de suppuration ou seulement éventuellement. Cette lésion étonne beaucoup l'auteur qui y voit une dégénérescence spéciale qu'il attribue à une sénilité du tissu collagène. Il n'a malheureusement pas noté l'état des vaisseaux qui commandent le territoire atteint; si en pareil cas ils sont oblitérés, comme je le suppose, il s'agirait simplement d'une nécrose ischémique partielle du syphilome, telle qu'elle s'observe si nettement dans les viscères où malheureusement on la confond toujours avec le processus gommeux. Je ne vois pas qu'il y ait lieu d'invoquer une infection mixte pour expliquer l'ecthyma syphilitique profond.

A propos de la *gomme syphilitique* l'auteur se plaint avec raison du manque de précision de ce terme qui a été étendu, des collections liquides et vraiment « gommeuses », à tous les produits caséifiés et enfin à toutes les néoplasies tertiaires. J'accepte avec lui qu'on donne du mot de gomme une définition histologique qui corresponde en clinique à quelque chose de précis; qu'on le réserve donc : à des néoplasies cellulaires, plasmomes dans la langue d'Unna, à développement excentrique, enkystés de tissus fibreux, ayant une tendance marquée à dégénérer au centre et conséquemment à se ramollir ou à se caséifier. Mais la caséification ne peut aucunement suffire à définir la gomme, car la caséification peut résulter de la nécrobiose partielle d'un syphilome diffus, ce qui est fréquent dans les viscères; on sait d'ailleurs qu'elle appartient aussi bien au tubercule, au sarcome, etc.

Y a-t-il de vraies gommes dans le derme proprement dit ? Unna en a observé sous forme de nodules miliaires dans le chorion ; elles peuvent se développer, ce qui est très admissible, dans des syphilides tuberculeuses ; il suffit que des foyers cellulaires s'isolent dans une capsule conjonctive, que leurs éléments se multiplient activement et restent plus exigus, qu'enfin ils se mortifient au centre. Ces petites gommes dermiques sont sèches.

Les gommes ramollies proviennent presque toujours de l'hypoderme ou du périoste des os superficiels et prennent un développement bien plus considérable. Tout autour les vaisseaux sont engainés de plasmazellen ; l'auteur, pas plus que Tommasoli, ne les a trouvés atteints de cette endartérite dont on les a supposés atteints ; le tissu conjonctif a des faisceaux épaissis, quelquefois hyalins, qu'on peut voir se terminer au contact de la gomme. La masse de celle-ci est formée de plasmazellen de la petite variété, bien colorables au pourtour, dégénérées au centre ; mais ce centre n'est pas positivement nécrosé, car les cellules ont un noyau encore colorable. Le tissu interstitiel s'est dissout dans la gomme, ce qui lui donne sa mollesse. Il ne peut être question de suppuration vraie dans une gomme qui se ramollit ; son contenu sirupeux est composé de tissu interstitiel liquéfié tenant en suspension des cellules altérées ; ce contenu est caséeux quand le liquide fait défaut. Lorsque la gomme a progressé du côté de la surface, usé la peau et s'est ouverte, alors elle peut s'infecter et suppurer vraiment.

Le lecteur a pu se rendre compte dans les pages qui précèdent que l'anatomie pathologique des syphilides, quand on l'envisage à la manière d'Unna, est relativement très simplifiée ; elle se réduit à des modifications légères d'un schéma qui est fourni par le chancre, ou mieux encore par la papule. Dès qu'au plasmome périvasculaire et au fibrome qui lui est uni, s'ajoutent soit une diapédèse notable de globules blancs, soit une prolifération épithéliale, ou encore une dégénérescence, on accusera hardiment une infection secondaire par les micro-organismes de l'ecthyma, par ceux de la purulence ou par ceux de l'eczéma séborrhéique ; ces derniers surtout joueraient, suivant la théorie, un rôle qu'on peut dire énorme, pour éviter la qualification d'encombrant qu'ont employée des détracteurs. Cette doctrine est-elle justifiée ? C'est surtout à la bactériologie qu'il appartient de répondre à cette question, mais aussi à l'étude histologique des lésions syphilitiques internes et viscérales, faite à la lumière des données actuelles et à l'aide de méthodes aussi délicates que possible.

Tuberculose.

La tuberculose de la peau comprend la forme primitive, ou *lupus*, — la forme secondaire dans laquelle la peau est envahie de dedans en dehors, lymphangite tuberculeuse et gomme scrofuleuse, forme à laquelle Unna attribue le nom de *scrofuloderma*, — enfin *ulcère tuberculeux*.

Depuis que la nature bacillaire du *lupus* est hors de conteste, ses lésions histologiques qui sont dès longtemps connues, s'expliquent aisément. Il reste cependant un large champ aux hypothèses et aux interprétations dans ce qui a trait à l'origine et au mode de dégénérescence des éléments

cellulaires composant le néoplasme, et à la réaction si variable des tissus vis-à-vis du processus morbide, réaction qui commande la diversité des variétés cliniques.

Unna, estimant que tout lupus est dû à une inoculation directe du bacille à la peau, distingue tout d'abord deux grandes catégories : le lupus circonscrit à nodules nettement limités, tendant vers l'enkystement, et le lupus diffus envahissant et progressif. Ce dernier plus fréquent, est caractérisé histologiquement par la vascularisation plus grande du tissu lupique, ce qui, la tuberculose ayant des propriétés phlogogènes d'autant plus actives que l'irrigation sanguine est plus riche, suffit à expliquer sa propension à devenir croûteux, eczématiforme, impétigineux, etc.

Deux processus viennent éventuellement se surajouter à la néoformation lupique : 1° la prolifération épithéliale, surtout accusée dans le lupus papillomateux ou verruqueux, laquelle n'est pas due à une infection secondaire par staphylocoques comme le pensaient Riehl et Paltauf, mais par les morocoques de Unna ; 2° la fibromatose, laquelle succède souvent aux interventions opératoires et conduit au lupus hypertrophique, scléreux et aux pseudo-cicatrices.

L'ulcération destructive du lupus exedens, vorax et phagédénique ne semble pas faire partie de l'évolution normale du lupus et ressortit à des influences extérieures mécaniques, chimiques ou à des infections secondaires ; la tendance naturelle de la néoplasie est au contraire d'aboutir à la résorption (lupus serpiginieux, lupus résolutif).

Après cet aperçu d'ensemble passons en revue les diverses variétés :

Le *lupus circonscrit nodulaire* est, comme on sait, composé de nodules cellulaires bien limités, situés en plein tissu conjonctif, sans rapport nécessaire avec les vaisseaux sanguins, lesquels ne les pénètrent pas mais sont repoussés au pourtour. Ces nodules sont dépourvus dans leur intérieur de fibres élastiques et de faisceaux collagènes. Ces particularités de structure expliquent les caractères cliniques de transparence, de coloration jaune ambré, couleur du plasmome, et de mollesse des nodules lupiques.

Les nodules sont, pour Unna, composés de plasmazellen, qui à mesure qu'elles se multiplient diminuent de volume ; quelques-unes sont multinuclées. Bientôt, au centre des nodules apparaît une dégénérescence caractéristique, consistant dans la disparition de l'aspect granuleux du protoplasma des cellules, modification qu'on peut appeler « tuméfaction homogène ». Cette altération est de nature toute spéciale et n'est ni une nécrose de coagulation, ni un œdème cellulaire, ni une dégénérescence colloïde, muqueuse, amyloïde ou hyaline. Les cellules homogénéisées forment de petits groupes, au milieu desquels peuvent se rencontrer quelques rares bacilles ; elles confluent plus ou moins, se fondent les unes avec les autres et donnent ainsi naissance à des cellules géantes. Celles-ci sont plus volumineuses dans les lupus diffus à nodules non encapsulés.

Dans les cellules géantes du lupus on peut distinguer deux portions, comme l'avait dit Weigert : une portion proliférante périnucléaire et une portion qui a dégénéré sous l'action du virus spécial, laquelle, pour nombre d'auteurs, parmi lesquels Unna, ne doit pas être considérée comme

nécrosée, mais comme encore vivante; elle contient des bacilles et quelquefois des portions de fibres élastiques; cela peut aussi bien s'expliquer par le mode de formation de la cellule résultant d'une fusion d'éléments plus petits, que par des propriétés phagocytaires de cette cellule géante.

A mesure que les nodules vieillissent ils renferment un plus grand nombre de cellules géantes; la durée de l'existence de chacun d'eux est pour ainsi dire indéfinie.

La configuration concentrique et souvent polycyclique des nodules, composés d'éléments homogénisés et de cellules géantes au centre, de petites cellules plasmiques à la périphérie, est assez caractéristique pour que là où l'on trouve cette disposition on puisse affirmer le diagnostic de lupus.

On voit qu'au sujet de la constitution du tubercule la manière de voir de l'auteur est en opposition formelle avec celle qui est actuellement en faveur. Conformément aux résultats des recherches de Baumgarten, on admet que dans le nodule lupique ou tuberculeux, les petites cellules rondes périphériques sont des lymphocytes, tandis que les cellules épithélioïdes sont d'origine conjonctive; encore, Borrel et Pawlovski, font-ils dériver même ces dernières des lymphocytes. Or pour Unna tous les éléments du tubercule sont des plasmazellen et par conséquent proviennent de cellules fixes; les cellules rondes périphériques sont de jeunes plasmazellen; les cellules épithélioïdes ne sont pas en dégénérescence caséuse, mais sont des plasmazellen homogénisées; les cellules géantes résultent de la soudure de ces mêmes éléments.

Il semble bien qu'on ne peut accepter cette doctrine que sous bénéfice d'inventaire, et que l'on doit, avant de se prononcer, attendre le résultat de recherches analogues, expérimentales surtout, portant sur les tubercules d'autres organes, si tant est que celles qui sont dues à Baumgarten et d'autres ne suffisent pas à entraîner la conviction.

Le *lupus diffus*, dans lequel manquent les nodules spécifiques ainsi que d'ordinaire les foyers de dégénérescence, a une constitution plus facile à comprendre, il faut bien l'avouer, avec la conception d'Unna qu'avec les idées courantes. Il est entièrement et uniformément composé de cellules plasmiques, fait qui caractérise à lui seul la tuberculose. La tendance à la figuration et à la dégénérescence fait défaut parce qu'il n'y a pas d'enkystement des foyers morbides, et cela en vertu probablement d'une disposition préalable du tissu dermique, moins dense et plus richement vascularisé; aussi la néoplasie est-elle envahissante, s'étend-elle en rayonnant autour des vaisseaux ou en réseau dans les interstices et les fentes lymphatiques. Il peut du reste en même temps y avoir par places, et même dans la peau saine du voisinage, production de foyers nodulaires avec cellules homogénisées et cellules géantes.

Le *lupus érythématoïde* de Leloir est une variété de ce lupus diffus très vascularisé et avec un plasmome limité au pourtour des vaisseaux; il n'a rien de commun comme structure avec le véritable lupus érythémateux.

Le poison tuberculeux irritant l'épiderme l'incite à proliférer. Dans le lupus nodulaire l'épiderme est souvent aminci à la surface des nodules, mais sur les bords il envoie des bourgeons interpapillaires allongés. Dans

la variété dite *lupus verruqueux* qui siège de préférence sur les extrémités, et dans le *tubercule anatomique*, ce bourgeonnement papillomateux prend un développement considérable ; cette forme est bénigne et les placards guérissent d'ordinaire spontanément au centre.

Dans le *lupus diffus* il y a dans la règle épaissement de l'épiderme sur toute la surface, et de nombreux prolongements épithéliaux plongeants, lesquels sont assez souvent munis de perles épithéliales cornées ou colloïdes ; on peut être tenté de croire à un début d'épithélioma secondaire, quoiqu'il y ait des différences de structure importantes permettant d'éviter l'erreur. Les follicules pilo-sébacés s'atrophient généralement ; les glandes sudoripares au contraire montrent fréquemment des dilatations de leur portion glomérulaire ou des kystes formés aux dépens de leur canal. Autour des glomérules il y a souvent des amas de cellules géantes ; Unna, confirmant Baumgarten a acquis la conviction que de vraies cellules géantes peuvent se développer aux dépens de l'épithélium des glomérules sudoripares.

Le *lupus croûteux* ou *impétigineux* est un *lupus diffus* en état d'inflammation séro-fibrineuse ; celle-ci ne doit pas nécessairement être rapportée à une complication infectieuse, ainsi que l'ont montré les injections expérimentales et thérapeutiques de tuberculine de Koch. Le néoplasme en pareil cas s'infiltré d'œdème ; l'épiderme est parsemé de vésicules qui confluent en bulles ; des croûtes cornées et fibrineuses, avec une quantité modérée de leucocytes, recouvrent des surfaces exulcérées. Cette inflammation du *lupus*, qu'elle soit spontanée ou provoquée par la tuberculine, n'amène donc qu'une exfoliation superficielle, non une fonte ou une énucléation du tissu lupique ; s'il y a nécrose partielle ce n'est qu'au centre de certains nodules, ce qui n'a pas d'avantage pratique.

Le *lupus scléreux* résulte de l'hypertrophie du tissu fibreux, qui envahit les masses néoplasiques. Les cellules conjonctives prennent la forme de cellules araignées et des faisceaux conjonctifs nouveaux pénètrent dans le plasmome. Il en résulte un tissu pseudo-cicatriciel, formé de bandes parallèles à l'épiderme, dépourvu de fibres élastiques et contenant encore des nids de cellules plasmiques et géantes ; il réagit aux injections de tuberculine. Ce tissu peut rester dans cet état ou prendre un développement kéloïdien, ou encore se transformer en cicatrice définitive. La sclérose exerce en tous cas une action d'arrêt sur la néoplasie et constitue le processus de guérison spontanée du *lupus résolutif*.

On ne sait pas exactement ce qui, dans le *lupus ulcéreux, vorax* et *phagédénique*, conduit à la destruction en masse du tissu morbide et des parties envahies. On a invoqué une infection secondaire ; il est possible qu'il y ait en jeu un micro-organisme inconnu, mais très probablement il ne s'agit pas de pyocoques ; le rôle de ces derniers n'est aucunement démontré ; peut-être aussi faut-il accuser une activité spéciale du virus, ou bien des conditions individuelles ?

Je serai très bref sur les autres formes de tuberculose cutanée. La tuberculose secondaire de la peau, *scrophuloderma* de Unna, dans laquelle le bacille atteint le derme par sa face profonde, est presque toujours la conséquence d'une *lymphangite tuberculeuse*. Celle-ci, provoquée par la tuber-

culose d'un os, d'une articulation ou de la peau de l'extrémité d'un membre, se reconnaît par la disposition de ses foyers souvent multiples allant aboutir à un confluent ganglionnaire. Sur les coupes le lymphatique envahi n'est guère reconnaissable; on trouve dans l'hypoderme un amas de tissu tuberculeux du type nodulaire; le centre de ce nodule est dans la règle en état de nécrose vraie et caséifié. Le plasmome, longeant les vaisseaux, les canaux glandulaires ou les follicules, envahit ensuite fréquemment la peau elle-même, la *gomme tuberculeuse sous-cutanée* devenant ainsi une *gomme tuberculeuse cutanée*, laquelle n'attend qu'une occasion pour s'ouvrir au dehors. Les *infiltrations gommeuses* étendues sont plus rares. La *fistule tuberculeuse* est un scrofuloderme canaliculé.

L'*ulcère tuberculeux* de la peau qui ne se développe guère que chez les phtisiques avancés, autour des orifices muqueux, est fort intéressant à comparer au lupus. Les bacilles y sont très abondants, mais on ne sait pas quelles sont les particularités histologiques qui impriment à cette lésion ses caractères cliniques spéciaux.

Lèpre.

La lèpre se présente sous deux formes cliniques : la lèpre des nerfs et la lèpre cutanée, qui sont beaucoup plus distinctes en réalité qu'on ne le croit communément. Chez les individus dont la peau n'offre pas un bon terrain aux bacilles spéciaux, c'est dans les nerfs périphériques que ceux-ci vont se cantonner de préférence; ils occasionnent alors des manifestations dont j'ai parlé précédemment sous le nom de *neuroléprides*. Je rappelle que les macules de cette lèpre nerveuse peuvent être secondairement envahies par des embolies de bacilles, mais qu'en pareil cas ceux-ci ne tardent pas à être détruits; la forme mixte est réellement rare.

Les lésions de la lèpre cutanée ou *lépromes* se développent avec une fréquence inégale il est vrai, dans presque toutes les régions du tégument; l'immunité de certaines régions, cuir chevelu, paume des mains et plante des pieds, aisselles et aines, est attribuée par l'auteur à l'abondante sécrétion grasseuse qu'on observe en ces points. Les lépromes sont intra-cutanés ou hypodermiques; ces derniers se rencontrent chez les « neurolépreux » moins exceptionnellement que les lépromes dermiques.

Les lépromes, qui seuls doivent nous occuper ici, sont des néoplasmes infectieux d'une structure spéciale, dont le caractère dominant est que l'abondance des microbes pathogènes y est telle, qu'aucune autre maladie ne fournit d'exemple comparable. Le derme est envahi dans toute son étendue à l'exception d'une mince bande sous-épidermique, où les bacilles sont très rares; ils manquent également dans la partie supérieure des follicules pileux, tandis que la partie profonde de ceux-ci se laisse au contraire infecter; il n'est pas impossible qu'une condition de température préside à cette curieuse disposition, ainsi que le suppose l'auteur. Celui-ci relève aussi l'aversion que les bacilles semblent éprouver pour la graisse; jamais on n'en trouve dans les glandes sébacées, ni dans les glandes glomérulaires; s'ils abondent dans le tissu cellulaire sous-cutané c'est que la graisse a disparu devant eux. Les muscles présentent également une immunité frappante, tandis que les nerfs sont presque régulièrement

atteints, ce qui explique l'anesthésie des lépromes. On sait qu'il est exceptionnel qu'on réussisse à trouver des bacilles dans le sang des lépreux; pourtant sur les coupes on en trouve souvent quelques-uns dans la lumière des vaisseaux, en sorte que leur transport par la voie vasculaire est certainement possible.

Quant aux rapports des bacilles avec le système lymphatique, avec le tissu conjonctif et avec les cellules, on n'a pas oublié la discussion retentissante qui s'est produite il y a quelques années à ce sujet. Sans doute, à l'examen d'une préparation colorée, un observateur non prévenu croira voir la plupart des bacilles inclus dans des cellules grandes et plus ou moins dégénérées, munies d'un ou de plusieurs noyaux, les « cellules lépreuses ». Unna, persistant dans son ancienne opinion, maintient que c'est là une illusion. Pour lui, étudiant les points où l'envahissement n'est pas encore trop avancé, il décrit des plasmazellen accumulées par places autour des vaisseaux, puis des bacilles ou groupes de bacilles venant au contact de ces cellules et s'appliquant à elles; pendant que ces cellules se multiplient leur protoplasma disparaît, les noyaux s'éclaircissent mais persistent et sont englobés dans une masse gélatineuse, une « glée » que sécrètent les microbes. Parfois les plasmazellen avant d'être ainsi détruites ont le temps de se développer en chorioplaxes par multiplication de leur noyau.

La notion d'une sécrétion gélatineuse ou muqueuse, plus exactement d'une transformation des groupes de bacilles en « glées », est essentielle pour comprendre l'aspect des coupes de lépromes. Cette matière gélatineuse forme en réalité un réseau continu qui remplit les espaces lymphatiques interfasciculaires et dont les renflements et les sections transversales ont été pris pour des « cellules lépreuses ». Les colorants des substances grasses, acide osmique, orcanette, quinoléine, montrent que la matière gélatineuse est diffusément infiltrée de graisse.

En somme, abstraction faite des questions litigieuses, il faut admettre que c'est par les vaisseaux sanguins que se fait l'apport des germes, que ceux-ci prolifèrent très activement dans les interstices du tissu fibreux, mais, qu'ayant une qualité irritante très faible, ils provoquent une réaction minime de la part du tissu envahi. Lorsque les bacilles atteignent un vaisseau lymphatique, ils se multiplient en formant des globes et des boudins compacts. Ce dernier fait a pour conséquence la stase lymphatique qui existe constamment autour des lépromes où il y a également de la stase veineuse. Le tissu collagène est dissocié, le tissu élastique est détruit au niveau du néoplasme. Enfin la suppuration et l'ulcération des lépromes paraît toujours dériver d'un traumatisme et d'une infection accidentelle.

D'après ces faits le léprome a bien sa place parmi les granulomes ou tumeurs infectieuses; mais il offre des particularités de structure tout à fait spéciales.

Leucémie. Pseudo-leucémie.

Les manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudo-leucémie sont rangées par l'auteur parmi les granulomes et rejetées à une place

aussi éloignée que possible du mycosis fongoïde ; cela ne peut être l'effet que d'un parti pris évident, car, s'il s'agit là de trois maladies essentiellement différentes de nature, ce qui est loin d'être prouvé, elles sont au moins comparables à bien des égards et auraient tout à gagner à être rapprochées.

Sur la *leucémie cutanée* (lymphodermie pernicieuse de Kaposi), qu'Unna n'a pas observée personnellement, il est obligé de se borner à une appréciation des résultats fournis par les auteurs. Il « croit » que les nodules néoplasiques sont des granulomes et dénie toute valeur au réseau de tissu adénoïde que décèle la méthode du pinceau, attendu que ce réseau existerait dans tous les granulomes ou plasmomes.

La *pseudo-leucémie*, dont il a pu étudier un cas analogue à ceux de J. N. Hutchinson et de Arning, lui a montré dans les papules cutanées une structure très analogue à celle des syphilides ; mais il n'y avait ni prolifération épithéliale, ni manchons périvasculaires, ni dégénérescence homogène des cellules, ni cellules géantes. Ce qui est certain, c'est que nous sommes loin d'être au clair sur toute cette question.

XIV. — Exanthèmes aigus. Fièvres éruptives.

(Rougeole, scarlatine, varicelle, variole.)

J'ai été tenté de passer sous silence, dans cette analyse, ce chapitre qui traite de maladies qu'en France on a toujours distinguées des dermatoses. Pourtant les fièvres éruptives créent des lésions dans le tégument externe, ce qui leur donne le droit de figurer dans un traité d'anatomie pathologique de la peau ; de plus, ces lésions offrent un intérêt spécial en ce que, fort différentes objectivement, elles ont cependant une pathogénie vraisemblablement presque identique.

Il m'a semblé curieux de montrer à quels résultats l'auteur avait été conduit dans ce domaine ; je le ferai très brièvement.

Tout d'abord nous trouvons signalés deux caractères particuliers aux lésions cutanées des exanthèmes aigus : d'une part ce sont des inflammations aiguës dans lesquelles les phénomènes de diapédèse sont moins marqués que dans n'importe quelle autre dermite, quand bien même on constate des troubles de la circulation et souvent un gonflement des cellules périthéliales ; d'autre part, la desquamation dans les fièvres ne peut pas être rapportée à une exsudation dans l'épiderme, comme dans les dermatoses squameuses. Il faut donc qu'une substance toxique émanant des vaisseaux sanguins ait lésé les vaso-moteurs et les cellules épidermiques directement.

La rougeole produit dans la peau un œdème considérable ; la dilatation vasculaire a disparu sur le cadavre ; il y a absence presque complète de tout exudat cellulaire. L'épiderme n'est pas infiltré de cellules migratrices et ne montre pas de mitoses pendant l'acmé de l'éruption, mais par places le stratum granulosum a disparu. L'altération colloïde de certaines cellules malpighiennes et la diapédèse notées par Catrin, n'existent que dans la rougeole boutonneuse.

Dans la scarlatine, un des phénomènes les plus frappants qu'on constate

sur un lambeau de peau excisé, est le plissement de l'épiderme et du corps papillaire dans lequel les vaisseaux apparaissent très dilatés et gorgés de sang; ce plissement paraît résulter de ce fait que l'épiderme qui a été surdistendu par la congestion du derme ne peut pas revenir sur lui-même comme le chorion après l'excision. A cette congestion vaso-paralytique se joignent des lésions de l'épiderme; mais il n'y a ni diapédèse, ni production de plasmazellen. Dans l'épiderme, au moment de l'éruption il y a des altérations consistant, suivant un premier type plus fréquent, dans une condensation de la couche cornée, qui au lieu de trois couches (?) n'en comprendrait plus qu'une, ou, suivant un autre type, dans la disparition de la couche granuleuse. Ces lésions, qui conduisent à la desquamation, existent même là où la rougeur vaso-paralytique fait défaut et n'en sont donc pas la conséquence.

La *varicelle* est caractérisée par des vésicules à évolution rapide dont le mode de formation est fort analogue à celui qu'on observe dans le zona. La vésicule a un plafond formé par la couche cornée, et une cavité qui n'est pas uniloculaire, quoiqu'elle le paraisse, mais parcourue par des cloisons rayonnantes; elle siège dans la région supérieure de la couche épineuse. De la lésion fondamentale de l'épiderme atteint, consistant en une dégénération fibrinoïde des cellules sous l'influence du virus spécial, découle la production d'une vésicule suivant un double processus. L'un de ces processus c'est l'altération cavitaire de E. Wagner, Wyss et Leloir, que l'auteur préfère appeler « colliquation réticulaire »; ce n'est pas toujours autour du noyau, c'est aussi dans des vacuoles excentriques que s'accumule le liquide; les parties intermédiaires forment un réseau infiltré de fibrine. L'autre processus c'est la « colliquation ballonnisante » dont j'ai parlé à propos du zona; il donne naissance à la base de la vésicule à des boules et à de véritables cellules géantes épithéliales multinucléées. Au pourtour il y a dans l'épiderme des mitoses abondantes, mais, on n'observe pas, plus que dans le derme sous-jacent, des cellules migratrices en quantité notable; en somme, il n'y a aucune tendance à la suppuration.

La *variole* a été beaucoup plus souvent étudiée histologiquement. On peut dire que, dans ce que l'on a appelé la prépuistulation, les phénomènes sont les mêmes que dans la varicelle; mais l'évolution est sensiblement plus lente et ici la suppuration vient se joindre aux dégénérescences décrites ci-dessus. C'est par l'altération réticulaire que se forme la partie la plus superficielle et la plus large de la vésicule; au centre et à la base on constate la dégénération ballonnisante, mais sans cellules géantes. L'ombilication dépend précisément de cette distribution des deux processus. Dans le derme sous-jacent les papilles apparaissent turgescents, on trouve des plasmazellen autour des vaisseaux; la diapédèse, insignifiante jusque-là, commence le cinquième jour et donne lieu à un afflux considérable de pus qui remplit la vésicule et peut s'écouler au dehors; il ne se produit pas nécessairement de nécrose du corps papillaire et les cicatrices éventuelles paraissent dépendre de l'aplatissement prolongé des tissus sous-jacents que comprime la croûte.

Unna compare lui-même les résultats auxquels il est arrivé à ceux qu'ont annoncés les auteurs qui se sont occupés de la pustule de variole;

cela le conduit à faire une critique sévère de ces derniers. L'« atrophie des noyaux par dilatation des nucléoles » lui semble artificiellement produite. Il n'admet pas que dans la pustule variolique on parle avec Weigert de « nécrose de coagulation », attendu que les noyaux des cellules en dégénération ballonnisante restent longtemps colorables ; non plus que de « tuméfaction trouble », cette dénomination commode ne s'appliquant à rien de défini ; il n'y a aucun avantage à employer les termes d'« altération diphtéroïde ou croupale », en parlant des cellules épithéliales en transformation fibrineuse ou ballonnisées. Enfin les prétendus protozoaires de Pfeiffer ne sont autre chose que ces mêmes cellules globuleuses ; les « sphérocoques » de Renaut, la « poussière protoplasmique » de Leloir ne sont pas des microcoques mais des produits de désintégration qui apparaissent surtout dans les cellules altérées qui étaient en voie de kératinisation.

Aux fièvres éruptives classiques, l'auteur joint deux maladies nouvelles, dont chacune n'a été observée *qu'une seule fois*, mais qui ont un grand intérêt théorique en ce qu'elles permettent, par comparaison, de comprendre la pathogénie des exanthèmes aigus.

L'une de ces maladies, qu'il appelle *Phlyctænosis streptogenes*, se caractérise par des vésicules dont la structure histologique était presque absolument celle de vésicules varioliques ; mais on put sans difficulté rattacher l'éruption à des embolies d'un streptocoque qui appartenait peut-être à une variété spéciale. Il n'y avait encore aucune suppuration, la mort du malade étant survenue le cinquième jour. De la distribution des microbes dans ce cas par rapport aux lésions cutanées, Unna déduit le processus pathogénique ; il pense que ses conclusions sont applicables au mode d'action de l'agent pathogène inconnu de la variole : Les vésicules se forment exactement aux points où se sont produites des embolies microbiennes dans les vaisseaux papillaires ; les dégénérescences épithéliales résultent de l'action à distance d'un virus provenant de ces microbes ; ce n'est que secondairement que le parasite pénètre dans le tissu épithélial préalablement altéré. Dans la variole l'auteur admet que la suppuration ne se produit qu'au moment de la mort d'un certain nombre des parasites spéciaux et sous l'influence de produits solubles mis en liberté à ce moment.

Dans l'autre cas, celui qui est désigné sous le nom de *Pustulosis staphylogenes*, il s'agissait de septicémie à staphylocoques avec abcès dans tous les viscères et pustules à la peau. Ces pustules, correspondant à des embolies microbiennes, différaient naturellement beaucoup des pustules d'impétigo par inoculation externe du staphylocoque ; elles ressemblaient aux pustules de variole.

On voit par cet exemple combien j'étais fondé à dire, à la fin du premier paragraphe de cette analyse, que la constante préoccupation de l'éminent professeur de Hambourg est de trouver l'explication des faits histologiques qu'il constate et de remonter des lésions à la cause productrice ; il ne néglige aucune des occasions qui lui semblent pouvoir fournir la clé d'un problème.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DEVANT LES FACULTÉS DE PROVINCE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-95

Lyon.

MIRAMOND (FRANCIS). — Contribution à l'étude des exostoses sous-unguéales ; structure et pathogénie (26 novembre 1894), n° 978.

C'est l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette lésion qui ont été ici particulièrement étudiées. L'examen à première vue des exostoses sous-unguéales révèle que ces tumeurs n'ont pas toutes la même structure. Bien que toutes formées d'une partie osseuse plus ou moins centrale qui a motivé leur nom d'exostose, et d'une partie périphérique de consistance fibreuse ou fibro-cartilagineuse, c'est le rapport de volume et de situation de ces deux éléments constitutifs qui est des plus variables. D'où une première classification des exostoses sous-unguéales en exostoses sous-périostiques, intra-périostiques, pédiculées, et une deuxième classification en exostoses ostéo-fibreuses et exostoses cartilagineuses.

Les exostoses ostéo-fibreuses sont assez fréquentes, à en juger par les observations de Dolbeau, Besnier, Ranvier, etc. Elles présentent à étudier diverses couches, qui, parties du derme sain, vont aboutir, après une couche de cellules embryonnaires, aux travées qui constituent le noyau osseux de la tumeur. Ces travées baignent de tous côtés dans la moelle osseuse embryonnaire, ne présentant généralement pas d'aspect régulier, et l'on n'y trouve que rarement l'ordonnance d'un système de Havers.

Les exostoses cartilagineuses, que l'on croyait assez rares autrefois, semblent au contraire aujourd'hui plus fréquentes que les exostoses ostéo-fibreuses. Elles présentent naturellement à étudier un élément de plus que les précédentes : le cartilage qui se trouve placé entre le tissu fibreux et l'os néoformé. Sur les préparations, on voit la transition insensible se faire du tissu fibreux au tissu cartilagineux, en constatant dans les couches supérieures l'aspect du cartilage hyalin, dans les couches inférieures l'aspect du fibro-cartilage. Celui-ci apparaît d'abord sous forme d'une large bande, puis en noyaux séparés par des tractus fibreux émanés des zones supérieures. Les cellules ont un noyau, parfois deux, accolés l'un à l'autre ; elles sont volumineuses et présentent des capsules à double contour très caractéristique. Par contre, dans les couches de cartilage voisines du tissu osseux, on voit les capsules prendre une forme irrégulière et contenir des noyaux très nombreux. A la limite inférieure du cartilage enfin, sont des bourgeons médullaires analogues à ceux que l'on rencontre dans le squelette cartilagineux embryonnaire des os longs en voie d'ossification.

Les travées qui séparent les bourgeons médullaires et sont fixées à la zone du cartilage sont osséinisées et contiennent des cellules irrégulières, mais ayant encore l'aspect encapsulé des cellules du cartilage. Sur leurs bords, se pressent de petites cellules très nombreuses provenant de la

moelle selon toute vraisemblance, et qui doivent être des ostéoblastes. Quant aux travées osseuses proprement dites, celles qui constituent le noyau osseux central elles ont dans leur ensemble l'aspect du tissu spongieux normal.

Reste la pathogénie de cette affection dont l'étude a soulevé le plus de controverses. Trois théories sont en présence : la première, qui veut que l'exostose sous-unguéale soit le résultat d'une anomalie de développement du squelette, une exostose ostéogénique ; une seconde, qui la considère comme une production tératologique. Rouvier enfin en fait une tumeur, un sarcome ossifiant analogue à l'épulis. Pour Miramond, aucune de ces théories ne doit être admise ; pour lui, la tumeur prend naissance non dans la phalange, mais dans le tissu fibreux qui sépare cette dernière de l'ongle, tissu fibreux formé du derme et du périoste. Sous l'influence de l'irritation, des traumatismes, le périoste réagit ainsi que le derme sous-unguéal, et ces deux tissus s'épaississent, se transforment et donnent naissance à du tissu osseux soit directement, soit par l'intermédiaire du cartilage. C'est le même phénomène qui se passe dans les muscles adducteurs de la cuisse chez le cavalier, ceux de l'épaule chez les fantassins où sont constatés souvent des néoformations osseuses. Il y aurait donc grande similitude entre le développement de l'exostose sous-unguéale et celui des ostéomes musculaires, similitude que démontre bien l'examen des préparations microscopiques.

GALLOT (ALPHONSE). — Contribution à l'étude de la syphilis hépatique (de l'ictère grave à la période secondaire) (3 décembre 1894), n° 991.

L'ictère, dans la période secondaire de la syphilis, affecte deux formes : l'une légère, l'autre sérieuse. La première n'entraînant aucune complication fâcheuse, cède au traitement spécifique ; la seconde, au contraire forme grave, mène à l'adynamie. Mais, dans les deux cas, l'ictère rentre dans la catégorie des maladies infectieuses, la cause efficiente étant la syphilis. La forme légère serait due à un catarrhe des canaux biliaires, la seconde serait due à un trouble du foie, des reins, des fonctions digestives, déterminant alors la cachexie, l'anémie.

L'ictère grave de la période secondaire présente les mêmes caractères que les ictères graves symptomatiques des maladies infectieuses, et, comme eux, s'accompagne de symptômes généraux. Trois périodes dans la maladie : une période de prodromes de durée indéterminée, souvent insidieuse, et caractérisée par des troubles dyspeptiques, de la courbature, etc. ; une seconde période, la période ictérique à laquelle appartiennent les hémorrhagies, l'élévation de la température et l'affaiblissement progressif, et enfin la période nerveuse ou toxhémique, caractérisée par l'abaissement de la température et le collapsus.

Quelles sont les lésions auxquelles répond l'ictère grave survenu pendant la période secondaire de la syphilis ? Les plus constantes sont celles du foie, des reins et de la rate. La diathèse syphilitique se manifeste sur le foie de plusieurs façons différentes : sous forme de périhépatite ou

d'hépatite interstitielle, sous la forme de l'atrophie jaune aiguë, sous la forme de gommès. La gomme ne se rencontre guère qu'à la période tertiaire, tandis que les deux autres variétés de lésions appartiennent plus particulièrement à la période secondaire. Mais alors que l'hépatite porte surtout sur le tissu cellulaire interstitiel et qu'elle tient le milieu entre la cirrhose et l'hépatite aiguë interstitielle, l'atrophie jaune aiguë atteint la cellule hépatique en elle-même; elle tire son nom de la particularité la plus saillante de son aspect macroscopique, les colorations de la coupe sont jaune d'ocre. D'autre part, la rate est tuméfiée, diffluite, le rein présente d'ordinaire une dégénérescence graisseuse et un certain degré de néphrite.

En résumé, il y a donc une lésion importante de la cellule hépatique, une altération du foie et du rein dans leurs fonctions essentielles. Le pronostic, par cela même, est fort sombre, attendu que le traitement spécifique n'a d'action ni sur les symptômes, ni sur la marche des lésions. La mort arrive, quoi qu'on fasse, dès le premier septénaire, le plus souvent après le second ou quatrième jour.

CHEVKI (MOUSTAPHA). — De l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë (15 décembre 1894), n° 1004.

L'auteur désigne ainsi l'ancienne orchite tuberculeuse, celle qui succède aux épididymites à forme aiguë, brusque, et dans laquelle la suppuration survient en très peu de temps. Deux points seulement de ce travail nous intéressent : c'est l'étiologie et le diagnostic, à cause des rapports de la blennorrhagie avec cette variété d'orchite. On doit admettre avec la grande majorité des auteurs que cette forme d'orchite tuberculeuse se déclare spontanément, sans lésions, sans traumatisme, et on peut dire que ce qui la caractérise essentiellement, c'est bien cette évolution en dehors d'une cause quelconque appréciable. Que si cependant on veut faire intervenir un facteur quelconque, on peut dire que son rôle se borne tout au plus à y fixer les germes qui existaient déjà dans l'économie. Si donc la tuberculose du testicule est parfois précédée de gonorrhée, ce n'est qu'une pure coïncidence, car on n'expliquerait pas comment elle peut déterminer la tuberculose. Et pourtant, assez fréquemment, la blennorrhagie se retrouve dans les antécédents de ces malades porteurs d'orchite tuberculeuse, comme d'autres fois sur l'orchite blennorrhagique se greffe l'orchite tuberculeuse, à tel point qu'on ne sait dire si l'orchite a été d'emblée tuberculeuse ou blennorrhagique. Aussi ce mode de début peut-il dérouter un instant le diagnostic, car, dans les deux cas, la lésion débute par l'épididyme pour envahir ensuite le ou les deux testicules et le canal déférent qui est douloureux et volumineux. Toutefois, malgré ces quelques ressemblances cliniques, le diagnostic peut être facilement porté grâce à l'examen de l'écoulement urétral qui, dans un cas, décèle le gonocoque de Neisser, alors que dans l'écoulement de la blennorrhée tuberculeuse, l'examen microscopique révèle des bacilles de Koch. De plus, la suppuration est presque la règle dans l'épididymite tuberculeuse, alors que la résolution est usuelle dans l'orchite blennorrhagique. Enfin,

comme conclusion de ce travail, l'auteur, d'accord avec un certain nombre de chirurgiens, réclame la castration hâtive comme le seul traitement de choix.

MÉLOT (ALBERT). — Dermatite herpétiforme et puerpéralité
(19 décembre 1894), n° 1009.

En rangeant sous le nom de dermatite herpétiforme une série de lésions qui constituaient alors autant de maladies à dénominations multiples, Duhring a créé une entité bien définie, une affection précise à l'existence de laquelle les dermatologistes sont à peu près unanimes de souscrire.

Mais, depuis longtemps, on avait remarqué la coexistence d'accidents cutanés divers avec des troubles du côté de l'appareil uro-génital, surtout à l'occasion de la grossesse. C'est ainsi que Milton créa, pour ces troubles dont il fit une affection spéciale, le mot d'*herpes gestationis*. Alors, tandis que la plupart des auteurs identifièrent la dermatite herpétiforme et l'*herpes gestationis* et ne virent dans la grossesse qu'une pure coïncidence, d'autres firent, au contraire, une distinction complète entre les deux maladies. C'est ainsi que Fournier dans une de ses cliniques (août 1892) confirmant la théorie d'Ittmann et Ledermann, allait jusqu'à prétendre. « qu'il ne viendrait à l'idée de personne de faire une unité morbide de deux maladies si dissemblables ». Duhring, Unna, Brocq, Tenneson, Besnier ne voient dans l'état puerpéral qu'une cause occasionnelle du développement de la maladie. Lorsque donc cette dernière survient chez une femme en état de puerpéralité, cet état semble imprimer à la maladie un caractère spécial au point de vue de son évolution : la dermatite herpétiforme, dans la plupart des cas, procédant par poussées successives pendant toute la durée de la grossesse, subit une aggravation au moment de l'accouchement, puis s'atténue, et disparaît au retour de couches pour récidiver à l'occasion d'une grossesse nouvelle. Mais Mélot rapporte, dans son travail, quatre observations qui, jointes à une de Duhring et une autre de Besnier, démontrent d'une façon irréfutable que (a) l'affection peut persister après la cessation de l'état puerpéral, (b) qu'elle peut réapparaître en dehors de la gestation, (c) que, dans ce dernier cas, elle peut même guérir à l'occasion d'une grossesse et se manifester de nouveau au moment du retour des règles. L'état puerpéral n'est donc pas la condition étiologique nécessaire de l'affection, et l'*herpes gestationis* n'a pas sa raison d'être. Cependant, la gestation joue dans le développement de la maladie un rôle certain, celui de cause occasionnelle.

De par l'étiologie nerveuse de la dermatite herpétiforme, — car l'auteur rejette la théorie qui fait de cette affection une maladie infectieuse, — de par les symptômes nerveux qui lui sont propres et l'influence des émotions sur les poussées éruptives, de par les troubles du système nerveux apportés chez la femme par la puerpéralité, on comprend que la grossesse puisse provoquer, du côté de l'appareil uro-génital, une hyperexcitabilité du pouvoir réflexe se manifestant par des phénomènes vaso-moteurs capables de faire apparaître les lésions éruptives de la dermatite herpétiforme.

Quant au pronostic, il est généralement favorable; les cas graves sont rares, la mort est l'exception. La thérapeutique a peu d'action sur elle, et, dans la majorité des cas, on est obligé de se borner à une médication symptomatique qui n'empêche pas la maladie de suivre son cours.

PIQUET (LOUIS). — Contribution à l'étude de l'urétrite chronique (goutte militaire) (19 décembre 1894), n° 1013.

Travail d'ensemble fait sous l'inspiration de Gémy, dans lequel l'auteur résume toutes les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur la question et donne parfois l'exposé de l'opinion du professeur d'Alger.

Parmi les causes qui engendrent l'urétrite chronique, il en est deux surtout à mentionner : d'abord la prédisposition individuelle des malades acquise ou congénitale, et la deuxième qui tient à une thérapeutique maladroitement dirigée ou suivie dans la période aiguë de la blennorrhagie. A ce dernier point de vue, je relève notamment cette pratique de M. Gémy, qui, je crois, est partagée de plus en plus par les spécialistes français tout au moins, et qui consiste à rejeter de plus en plus la méthode abortive. Sans doute, cette méthode produit parfois de bons résultats, mais, dans l'immense majorité des cas, elle est suivie d'insuccès, parce que son action ne saurait dépasser la couche épithéliale, alors que l'agent pathogène a déjà pénétré plus profondément.

L'écouvillonnage ne vaut pas mieux. Il faut encore lui préférer la médication antiphlogistique ancienne avec ses bains, ses tisanes, etc., suivie des balsamiques et des injections qui, aujourd'hui, doivent être remplacées par les grands lavages au permanganate, au sublimé. Lorsque, malgré l'observation la plus rigoureuse de cette méthode, la blennorrhagie passe à l'état chronique, c'est sous l'influence connue des prédispositions individuelles de l'âge, du tempérament lymphatique, rhumatismal, etc., qu'il convient de traiter suivant les moyens en usage.

Que si les malades soumis à ces divers traitements, sans en avoir bénéficié, restent porteurs d'un suintement opiniâtre et désirent néanmoins se marier, le devoir du médecin consulté est, par principe, de refuser toute autorisation. Le veto sera levé seulement lorsque les examens microscopiques les plus minutieux n'auront révélé ni gonocoques, ni autres cocci suspects, après que l'on aura tenté cependant toutes les épreuves et contre-épreuves susceptibles de réveiller la vitalité des microbes. Si, enfin, prévenu des conséquences que son affection peut entraîner, le malade possesseur d'une goutte à cocci douteux est décidé à se marier, on devra se borner à lui dicter certaines précautions à prendre, qu'à son tour il devra suggérer à sa compagne.

PICQUÉ (GEORGES). — Contribution à l'étude des névromes plexiformes (21 décembre 1894), n° 1018.

Maladie peu connue encore, qui a reçu son nom du professeur Verneuil, à la suite d'un cas présenté par Depaul en 1857, à la Société de chirurgie. Son histoire est encore obscure, la littérature médicale ne

comptant actuellement qu'une cinquantaine de cas. Au point de vue de sa pathogénie, on peut dire que le névrome plexiforme est une tumeur ; mais, en prenant ce mot au sens clinique, c'est-à-dire comme synonyme d'augmentation de volume bien circonscrit. Car, au point de vue anatomo-pathologique, il n'en est plus de même. Une tumeur étant le résultat de l'hyperplasie et de la multiplication des éléments d'un tissu, on ne peut guère donner ce nom à une production dans laquelle tous les tissus d'une région sont représentés. En effet, indépendamment des lésions de la peau, du tissu conjonctif, des plans osseux sous-jacents, il y a surtout des modifications et des altérations des troncs nerveux qui constituent l'élément principal d'un névrome plexiforme. Ces troncs ou cordons, d'aspect fibreux ou tendineux, rappellent assez comme aspect, au dire d'Audry et Lacroix, des macarons mal cuits. Dans les nodosités qui siègent de distance en distance sur les troncs nerveux, Arnozan dit avoir vu des cellules nerveuses, encapsulées une à une dans de petites loges conjonctives revêtues à leur face interne d'une couche endothéliale. Mais ce qui a été constaté dans la grande majorité des cas, c'est que l'hypertrophie du tronc nerveux est constituée uniquement par l'hypergenèse du tissu conjonctif interfasciculaire et de la gaine nerveuse qui par une action toute mécanique dissocie les fibres nerveuses, les sépare les unes des autres et les étouffe.

Quelle est maintenant la cause intime du développement de cette hypertrophie des troncs nerveux ? La question est peu avancée. S'agit-il d'un trouble de la circulation pendant la vie intra-utérine ; a-t-on affaire à un trouble trophique ; y a-t-il une lésion centrale comme dans l'acromégalie ? Autant de points à résoudre. Mais vu la transmission héréditaire dans certains cas, vu sa congénitalité ou tout au moins son développement dans la première enfance, vu la coexistence d'autres néoplasies : molluscum, nævi et autres lésions éléphantiasiques, on n'est pas loin de considérer le névrome plexiforme comme une des manifestations de l'éléphantiasis congénital. Peut-être, ajoute l'auteur, pourrait-on appeler cette affection « éléphantiasis congénital circonscrit ».

Le diagnostic de névrome plexiforme est en général aisé à faire. Le malade se présente au médecin, porteur d'une tumeur volumineuse siégeant dans la plupart des cas à la face et au cou, et pendant en replis épais. A la palpation, on sent une masse de consistance molle, au sein de laquelle on perçoit l'existence de cordons et de noyaux durs enchevêtrés les uns dans les autres. La pression n'est pas douloureuse, et on ne trouve aucune tuméfaction ganglionnaire dans les régions voisines. D'autre part, l'origine de cette tumeur remonte aux premières années de la vie, et dans la suite le développement en a été toujours lent.

Vu sa marche nullement envahissante, n'occasionnant pas de troubles fonctionnels, on considère généralement cette affection comme tout à fait bénigne. Mais il existe certains faits où la tumeur a récidivé après ablation et a subi des dégénérescences malignes. Ainsi sur les cinquante cas rassemblés par Picqué, il a relevé six morts. Ce n'est donc pas une tumeur complètement bénigne.

Quant au traitement, la seule méthode rationnelle, c'est l'extirpation aussi complète que possible.

GRIVET (ANTHELME). — Signification de l'adénopathie syphilitique primaire et secondaire (27 juillet 1895), n° 1084.

Jusqu'ici les syphiligraphes avaient considéré l'adénopathie syphilitique surtout comme un élément de diagnostic, mais peu d'auteurs avaient supposé qu'elle pût avoir une importance pronostique. Grivet, somme toute, en se basant sur la phagocytose a développé dans son travail les vues énoncées par Augagneur à la Société de dermatologie dans la séance du 14 février dernier.

Partant de cette idée qu'il existe un rapport inverse entre l'intensité de la lésion locale, c'est-à-dire la réaction ganglionnaire et l'intensité de l'infection générale, c'est-à-dire le degré de virulence de celle-ci, l'auteur émet l'hypothèse que souvent les ganglions arrêtent les germes et l'infection, dès lors, l'adénopathie syphilitique n'est pas seulement le compagnon des accidents spécifiques, mais elle a pour cause et raison le pouvoir phagocytaire des leucocytes au sein des ganglions.

D'une dissertation un peu longue et parfois peut-être trop théorique, l'auteur tire les quelques conclusions suivantes : qu'une adénopathie primitive très marquée permet de prévoir des accidents bénins dans la suite, que l'adénopathie secondaire est souvent en raison inverse, quant au nombre et au volume des ganglions, de l'évolution et de la gravité des syphilides de cette période ; que plus l'individu est jeune, plus l'adénopathie est intense et la syphilis bénigne ; plus l'individu est âgé, moins l'adénopathie est apparente et plus la syphilis est grave ; dans la syphilis héréditaire, il y a des accidents sévères parce que l'inoculation s'est faite par voie sanguine et que la barrière phagocytaire du ganglion n'a pu exercer son action ; chez les sujets atteints d'affection (adénie) où les leucocytes subissent une multiplication momentanée, l'engorgement ganglionnaire est plus ou moins considérable, et les accidents syphilitiques sont en raison inverse de cet engorgement ; toutes les affections (paludisme, alcoolisme) qui agissent défavorablement sur le pouvoir phagocytaire ouvrent de ce fait les portes de l'organisme au virus syphilitique.

NARJOUX (JOSEPH). — De la syphilis secondaire de la conjonctive (30 juillet 1895), n° 1087.

L'auteur n'a en vue dans ce travail que les lésions secondaires. Parmi les diverses catégories d'accidents secondaires susceptibles d'être rencontrés sur la conjonctive, il y en a trois espèces : d'abord la conjonctivite hyperhémique simple et pseudo-granuleuse ; en second lieu des plaques muqueuses, et enfin des papules, véritables formes de transition entre les syphilides cutanées et muqueuses.

La conjonctivite hyperhémique est une manifestation fort rare de la syphilis. Les auteurs français n'en ont jamais observé. Les auteurs allemands seuls (Mauthner, Lang, etc.) en parlent avec quelque abondance. Ils en décrivent deux variétés : l'hyperhémique avec catarrhe conjonctival, qui ressemble à l'hyperhémie vulgaire de la conjonctive, avec cette particularité qu'elle cède toujours au traitement mercuriel, et la conjonctivite

pseudo-granuleuse, étudiée surtout par Goldzieher, mais soumise encore à discussion, laquelle serait caractérisée par la présence sur la muqueuse de vrais grains trachomateux ressemblant à des granulations. Ces grains seraient dus à la tuméfaction des follicules de la conjonctive sous l'influence de la syphilis; ces granulations, somme toute, ne sont que des tuméfactions de glandes lymphatiques analogues aux bubons indolents. Relativement à la forme papuleuse de la syphilis conjonctivale, elle consiste en de petites élevures tantôt plates, acuminées ou bien tuberculeuses, à consistance ferme, rénitente, et ne provoquant presque jamais de douleurs. Elles respectent presque toujours la cornée et il est remarquable de voir celles qui bordent le limbe cornéen, s'arrondir à ce niveau et prendre la forme de croissant. Un signe qui leur est propre et qui les distingue des autres tumeurs d'origine scléroticale, c'est qu'elles se meuvent et se déplacent avec la conjonctive. Leur siège le plus ordinaire est la conjonctive bulbaire. On n'en trouve que très rarement sur la conjonctive palpébrale et sur celle du cul-de-sac.

Quant aux plaques muqueuses, elles sont beaucoup moins nombreuses que les papules de la même région. Il est très rare de les constater exclusivement sur la muqueuse conjonctivale, sans aucun empiètement sur les rebords palpébraux ou les commissures. Comme les papules conjonctivales elles peuvent aussi provoquer une réaction intense du côté de la conjonctive.

D'une manière générale, le diagnostic de ces lésions n'est pas de la première facilité. Pas de difficulté appréciable avec le chancre syphilitique, le chancre mou; mais avec la gomme, il pourrait y en avoir. Toutefois au moment de son ulcération, la gomme prend un type caractéristique, car souvent alors, elle est destructive, accompagnée de fièvre, de fortes douleurs. Le zona de la conjonctive sera différencié des papules et des plaques grâce aux névralgies violentes ressenties. — A distinguer aussi de l'épithélioma de la conjonctive; mais en l'espèce, il faut tenir compte de l'âge du sujet et surtout de la rapidité de l'évolution de la tumeur qui, dans le cas de syphilis, arrive en peu de jours à une grosseur que ne pourrait atteindre l'épithélioma dans le même laps de temps. — Reste enfin l'érythème noueux et papuleux de la conjonctive qui est constitué par des taches saillantes et arrondies, dures et formant de vraies nodosités. Au surplus, ces lésions conjonctivales coexistent presque toujours avec d'autres lésions spécifiques: c'est en général dans les cas d'éruption faciale intense localisée principalement au front et au menton, que l'on rencontre le plus souvent les syphilides secondaires de la conjonctive.

JULES ERAUD.

Bordeaux.

PAUL BRAU. — Nouveaux essais sur l'esthiomène (9 novembre 1894).

Cette thèse est le développement d'un mémoire publié par W. Dubreuilh et P. Brau dans les *Archives cliniques* de Bordeaux en décembre 1894 et qui a été analysé dans les *Annales* par M. Thibierge (*Annales de dermatologie*, avril 1895, p. 419).

D. M. G. BÉRARD. — De l'iodure de potassium dans l'actinomycose
(23 novembre 1894).

Dès que Thomassen eut montré la curabilité de l'actinomycose bovine par l'iodure de potassium, on songea à appliquer ce même traitement à l'homme. Von Iterson et Salzer en Hollande, Buzzi et Galli Valerio en Italie, Hersen en Autriche, Meunier, Netter, Poncet, Gaube en France, ont obtenu chez l'homme les mêmes succès que les vétérinaires chez les animaux. M. Bérard rapporte deux nouvelles observations d'actinomycose recueillies à la clinique dermatologique de la Faculté, où l'iodure de potassium a amené une régression rapide des lésions.

La bothryomycose qui donne naissance à des tumeurs du cordon chez le cheval à la suite de la castration et qui est due à un parasite analogue à l'actinomycose, a été guérie par Thomassen avec le même médicament. Un cas de pied de Madura a été inutilement traité par Gémy par l'iodure de potassium ; ce qui vient encore confirmer la différence des deux maladies.

Les expériences célèbres de Raulin montrant l'influence des traces impondérables d'un sel d'argent sur la végétation de l'*aspergillus niger* semblaient expliquer le mode d'action des médicaments spécifiques. L'actinomycose fournissait la première occasion de vérifier cette hypothèse et celle-ci n'a pas été confirmée.

M. Bérard a repris les expériences de Nocard et a cultivé l'actinomycose dans des milieux iodurés. Dans le bouillon contenant 6 p. 100 d'iodure de potassium le parasite s'est développé normalement et sans que la forme végétative ait paru modifiée. On pouvait s'attendre à ce qu'un milieu défavorable eût permis la production de spores ou de crosses terminales, il n'en a rien été. Des pommes de terre, cuites dans une solution d'iodure à 5 p. 100, ont fourni un excellent milieu de culture.

HENRIC. — Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif (23 novembre 1894).

Thèse inspirée par M. Fontan, médecin principal de la marine. L'auteur y donne des statistiques fournies par M. Fontan et ses observations personnelles qui sont très favorables à la méthode.

On commence par raser et désinfecter le champ opératoire, puis on ponctionne le bubon avec un bistouri droit à lame étroite. Cette ponction doit être faite au point le plus fluctuant et n'a pas besoin d'être faite au point le plus déclive. Par des pressions lentes mais énergiques on évacue tout le pus, puis on lave parfaitement la cavité avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 2000 jusqu'à ce que le liquide revienne bien clair. On remplit alors la cavité avec de la vaseline iodoformée au dixième liquéfiée au bain-marie. Aussitôt après on applique un tampon de coton mouillé de solution de sublimé froide, ce qui solidifie la vaseline qui aurait de la tendance à ressortir par la plaie. On recouvre alors l'orifice avec quelques ronds de gaze iodoformée et du collodion iodoformé qui fait un pansement parfaitement occlusif.

La douleur due à l'expression du bubon disparaît très vite : au bout de quelques heures les malades ne souffrent plus, le lendemain ils demandent à se lever et se lèvent souvent en effet sans le moindre inconvénient.

Au bout de deux ou trois jours, la petite plaie se réunit par première intention et le malade est guéri au bout de sept jours en moyenne. Il reste quelquefois un peu plus longtemps une petite tumeur fluctuante qui est formée par de la vaseline non résorbée mais dépouillée de l'iodoforme ainsi que l'a une fois démontré une seconde ouverture faite par erreur sur un bubon récemment guéri par cette méthode.

D'après la statistique de M. Fontan, sur 183 bubons traités à Saint-Mandrier de 1889 à 1894, 123 ont guéri en moins de 10 jours, 30 en 10 à 15 jours, 8 en 15 à 20 jours, 6 en 20 à 30 jours, enfin 16 rechutes ont nécessité un autre traitement. Elles étaient presque toutes imputables à des fautes opératoires.

Pendant ce même temps 116 bubons traités par les autres méthodes ont donné les résultats suivants : 10 ont guéri en moins de 10 jours, 12 en 10 à 15 jours, 25 en 15 à 20 jours, 28 en 20 à 30 jours et 41 en 30 à 190 jours.

Cette méthode serait donc supérieure à toutes les autres par sa facilité d'application, par la guérison extrêmement rapide, par la rareté des récidives et par l'absence de cicatrice visible.

La thèse se termine par un tableau détaillé de tous les cas de bubons traités à l'hôpital de Saint-Mandrier par les injections de vaseline iodoformée, de 1889 à 1894.

TALBOT. — Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil (23 novembre 1894).

Sur 42,600 malades qui ont passé à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux, l'auteur relève 434 cas de lésions syphilitiques de l'œil et de ses annexes.

Voici le résumé de cette statistique :

Paupières. — 3 chancres, deux syphilides secondaires.

Conjonctive. — 3 chancres.

Cornée. — 21 cas de kératite ; chez 15 enfants et 2 adultes la syphilis était héritée ; chez 3 adultes elle était acquise.

Iris. — 222 iritis dont 9 iritis gommeuses, 208 iritis séreuses et 14 iritis accompagnées de choroïdite. L'iritis, rare dans le second mois de la syphilis, atteint rapidement un maximum de fréquence très accusé au sixième mois puis la courbe s'abaisse jusqu'à la seconde année où les cas deviennent contestables.

Paralysies des muscles moteurs. — 53 cas affectant le plus souvent la troisième paire, plus rarement la sixième ; une seule fois la quatrième. Le maximum de fréquence est de huit à douze ans, après le début de la syphilis.

Choroïdites. — 40 cas ; la moitié des cas s'observe moins de cinq ans et les trois quarts moins de dix ans après le chancre.

Rétinites. — 20 rétinites très rarement isolées.

Nerf optique. — 48 cas d'atrophie du nerf optique ; 12 névrites. Ces

lésions sont très tardives et apparaissent au plus tôt trois ans, au plus tard trente-quatre ans après l'accident primitif, en moyenne dix à vingt ans.

L'auteur pense que sa statistique brute de 1,018 p. 100 de lésions syphilitiques est probablement au-dessous de la vérité.

A. J. BUFFON. — Du purpura hémorrhagique pendant la grossesse (23 novembre 1894).

Le purpura des femmes enceintes peut se présenter sous deux formes différentes : 1° Le purpura non infectieux caractérisé par des macules purpuriques disséminées en grand nombre sur tout le corps et sur les muqueuses, par des véritables collections sanguines, par des hémorrhagies buccales, nasales et même rénales, par de la tendance aux hémorrhagies traumatiques. Il n'y a pas de fièvre, l'état général est peu modifié. Le purpura peut persister jusqu'à l'accouchement ou guérir en laissant la grossesse continuer son cours. Le fœtus ne présente aucune lésion ; l'accouchement est normal et ne s'accompagne pas d'hémorrhagies anormales. Dans un cas de Byrne, la mort survint par hémorrhagie interne et rénale. L'auteur rapporte comme exemple les observations de Grazzini, de Philipps et une observation inédite due à M Chambrelent.

2° Le purpura infectieux s'accompagne de fièvre élevée, d'accidents nerveux graves, de prostration. L'éruption purpurique est très abondante, il y a des métrorrhagies, des hématuries profuses, des épistaxis. La maladie aboutit à l'avortement d'un fœtus exsangue ou purpurique ; la mort survient généralement par suite des métrorrhagies incoercibles.

Cette forme paraît être due à une infection microbienne comme dans le cas de Hanot-Luzet où elle était causée par un streptocoque. Le traitement consiste en toniques, en préparations ferrugineuses notamment les injections sous-cutanées de citrate de fer à 1 p. 100 dans l'eau de laurier-cerise.

P. J. A. TEDESCHI. — Du strophulus (12 décembre 1894).

Cette thèse est le développement avec observations à l'appui des idées exposées par M. Dubreuilh dans un mémoire sur le même sujet qui a été publié dans les *Archives cliniques* de Bordeaux et analysé dans les *Annales* de mars 1895.

VASSAL. — De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse (21 décembre 1894).

La vulvite des petites filles s'accompagne presque constamment de vaginite et souvent d'urétrite ; elle est nettement contagieuse et, dans presque tous les cas, on trouve que les enfants ont été en contact avec une autre enfant atteinte de vulvite ou de conjonctivite purulente ou avec une femme atteinte de leucorrhée. La vulvo-vaginite apparaît rarement aussitôt après la naissance, généralement après l'âge de deux ans. La contagion

se fait le plus souvent par la cohabitation nocturne, par la communauté des éponges ou par le transport direct du virus avec les mains.

Malgré ces données étiologiques l'auteur ne croit pas à la nature constamment blennorrhagique de la vulvo-vaginite, mais il n'a fait aucune recherche personnelle à ce sujet et dans aucune des observations annexées à son travail il n'a fait l'examen microscopique des sécrétions.

Parmi les symptômes, notons l'écoulement épais, jaunâtre qui est expulsé du vagin quand l'enfant fait un effort, l'écoulement urétral, le prurit et enfin la fréquence anormale des mictions qui est signalée dans la plupart des observations.

Chez un enfant de 10 mois, Vassal a observé un cas de bartholinite; chez une autre, âgée de 3 ans, il a vu une otite suppurée consécutive à la vulvo-vaginite, mais ici encore il n'a pas été fait d'examen microscopique du pus. Il croit que ces vulvo-vaginites peuvent déterminer une métrite qui restera souvent latente pendant fort longtemps.

Les lavages de la vulve constituent un traitement tout à fait insuffisant parce qu'ils n'atteignent pas la vaginite.

Les crayons médicamenteux qu'on introduit dans le vagin sont souvent mal tolérés et déterminent des spasmes; leur contact avec la muqueuse n'est rien moins que parfait, un certain nombre d'entre eux ne sont pas complètement solubles et ils laissent stagner dans le vagin tant leurs produits de fusion que le pus.

M. Vassal préfère les lavages qui nettoient complètement la cavité vaginale et qui modifient mieux la muqueuse. Parmi toutes les solutions employées, il recommande particulièrement le permanganate de potasse. La solution varie de 1 p. 4000 à 1 p. 1000, l'on commence par les solutions faibles pour arriver aux solutions fortes. Le lavage se fait au moyen d'un récipient de 1 litre suspendu à 1 mètre environ au-dessus du lit; un tuyau de caoutchouc muni d'un robinet amène le liquide à injecter à une canule qui se termine par une sonde urétrale en caoutchouc rouge de 2 à 3 millim. de diamètre.

On fait une injection tous les deux jours, et dans l'intervalle l'enfant prend un bain. L'injection n'est pas douloureuse: ce n'est que s'il y a des ulcérations qu'elle détermine un peu de cuisson.

Au bout de quelques jours l'écoulement devient séreux et disparaît complètement au bout de deux ou trois semaines.

A.-S. FOUTREIN. — Sur une épidémie de trichophytie inguinale (4 janvier 1895).

Foutrein, étant élève du service de santé de la marine, a observé sur ses camarades de l'École une épidémie de trichophytie cutanée offrant des caractères assez particuliers.

L'éruption est localisée aux plis génito-cruraux, à la face interne des cuisses et du scrotum, plus rarement dans les aisselles ou en divers points des membres.

Sur le scrotum on ne distingue qu'une desquamation rare, diffuse avec une légère rougeur. Sur les cuisses on trouve une plaque semi-circulaire

assez nette dont la surface présente simplement une desquamation assez marquée en lamelles minces offrant souvent une teinte jaunâtre bien accusée. La bordure peu nette, quelquefois irrégulière et à contours géographiques, ne présente ni croûtes ni vésicules, mais seulement une rougeur plus marquée qui même fait souvent défaut, la desquamation y est seulement plus abondante. Les poils, gros ou petits sont absolument indemnes. Les sensations subjectives sont nulles ou insignifiantes, dans un petit nombre de cas seulement, les malades se plaignaient d'un prurit assez vif et surtout nocturne.

Dans la plupart des cas l'aspect des lésions offre une analogie frappante avec l'érythrasma, sauf que les squames sont plus larges et plus abondantes.

L'examen microscopique y fait trouver en grande abondance des filaments et des chapelets de spores assez grosses. La culture a fourni le même parasite dans tous les cas examinés. Il forme sur le moût de bière étendu de moitié eau et additionné de gélose des colonies larges, à croissance rapide, d'un jaune serin pâle, couvertes d'un abondant duvet aérien. On n'y voit d'autre fructification que des chlamydospores irrégulières et très peu développées. Une expérience d'inoculation pratiquée par l'auteur sur lui-même n'a pas donné de résultats probants.

L'étiologie de cette épidémie, qui a atteint une trentaine d'élèves, n'a pu être élucidée. Il faut remarquer qu'elle s'est cantonnée presque exclusivement dans une seule promotion de l'École.

Ajoutons qu'à l'heure actuelle (décembre 1895) l'épidémie n'est nullement éteinte, elle paraît même avoir repris une nouvelle vigueur dans les dernières semaines.

W. D.

L. J. GAIDE. — Du traitement thyroïdien dans le goitre, le myxœdème et le crétinisme, et en particulier dans le crétinisme endémique (18 janvier 1895).

Après avoir établi l'analogie entre le myxœdème, le crétinisme sporadique et le crétinisme endémique, l'auteur donne des résultats de ses expériences de traitement thyroïdien d'un certain nombre de crétins observés dans la Tarentaise.

L'étude a porté sur dix malades crétins, goitreux ou non. Il administrait le corps thyroïde, soit sous forme d'extrait glycérimé de Murray (Chaix et Remy) à la dose de dix gouttes par jour, soit sous forme de tablettes de Flourens, à la dose de trois par jour. Dans tous les cas, il y a eu une amélioration très notable qui se manifestait au bout de peu de jours et portait surtout sur les symptômes physiques de la maladie. Il note une augmentation très notable des forces, l'élévation de la température, la diminution de la bouffissure de la peau, le retour des sueurs; l'hébétéude était moindre. Le goitre, quand il existait, diminuait de volume très notablement et même disparaissait complètement en quelques semaines.

J. VIRATEL. — De l'action de l'arsenic sur la nutrition (3 mai 1895).

Étude expérimentale très soigneusement faite de l'action physiologique de l'arsenic. Il en résulte :

1° L'arsenic pris à petites doses, jusqu'à 12 ou 14 milligr. chez l'adulte, augmente l'élimination de l'acide phosphorique, diminue l'élimination du chlorure de sodium.

2° Pris à hautes doses, c'est-à-dire au-dessus de 14 milligr., l'arsenic diminue l'élimination de l'urée, augmente l'élimination de l'acide phosphorique, augmente l'élimination du chlorure de sodium.

3° A petites doses, l'élimination de l'urée étant accrue, l'activité de la nutrition est augmentée parce que le chlorure de sodium, stimulant par excellence de la nutrition et conservateur des globules rouges, étant éliminé en quantité moindre qu'à l'état normal, il en reste dans l'économie une dose au-dessus de la normale, suffisante pour suractiver la nutrition malgré la perte d'acide phosphorique qu'il supplée.

4° A hautes doses, l'urée étant éliminée en moins grande quantité la nutrition est donc amoindrie par le fait de l'altération des globules rouges sous l'influence de l'arsenic et par le fait de l'élimination exagérée du chlorure de sodium et de l'acide phosphorique.

5° L'arsenic pris à petites doses amène une augmentation de poids qui va peu à peu en diminuant pour disparaître et faire place à de l'amaigrissement lorsqu'on arrive à des doses élevées ou bien lorsqu'on l'administre à petites doses mais longtemps prolongées. Si l'on suspend l'usage de l'arsenic après en avoir pris à petites doses pendant un temps modéré, l'augmentation de poids persiste et va en progressant pendant une année.

6° L'action de l'arsenic, pris en petites doses et favorable à la nutrition, doit être attribuée non seulement à son action directe sur les diverses fonctions nutritives mais encore à son action sur le chlorure de sodium.

L'action de l'arsenic pris à hautes doses et défavorable à la nutrition doit être attribuée d'abord à l'influence destructive de l'arsenic sur les globules rouges, ensuite à son action sur le chlorure de sodium et à son action sur l'acide phosphorique.

R. ASCORNET. — Traitement des ulcères variqueux par les plaques métalliques et la compression (1894).

La méthode de traitement proposée par Ascornet est la combinaison de deux moyens fort anciens l'un et l'autre. Le traitement des ulcères de jambe par les plaques de métal et notamment de plomb a été employé par Guy de Chauliac, la bande élastique a été préconisée par Meutin en 1877.

Ascornet a employé d'une part du zinc en feuilles des plus minces qui se trouvent dans le commerce et qui mesurent un dixième de millimètre d'épaisseur, de sorte qu'on peut le couper aux ciseaux comme du papier. D'autre part, la bande est en caoutchouc rouge très mince et mesure 5 centim. de large sur 5 à 7 mètres de long suivant les cas. Le caoutchouc rouge a l'avantage de ne pas devenir visqueux au toucher comme le caoutchouc noir généralement employé.

On découpe un morceau de zinc de la forme de l'ulcère, de façon qu'il en dépasse les bords de quelques millimètres. On l'applique à même la surface de l'ulcère et on le maintient en place par la bande. Celle-ci doit

couvrir dans tous les cas le pied et la jambe; on commence par faire deux circulaires sur le pied, puis deux huit de chiffre sur le pied et le cou-de-pied, et on l'épuise en circulaires jusqu'au genou en prenant soin que les tours successifs se recouvrent au moins de la moitié de leur largeur, on peut la fixer en haut avec une épingle. La bande doit être assez serrée pour ne pas glisser, et assez lâche pour ne pas causer de douleurs; elle doit être également serrée mais plutôt un peu plus en bas qu'en haut. Au moment de se lever, le malade lave son ulcère et sa plaque de zinc à l'eau boriquée, puis applique sa plaque et sa bande. En se couchant, il déroule sa bande, la lave au besoin avec du savon et la laisse sécher pendant la nuit; il lave son ulcère à l'eau boriquée et replace la plaque qui est maintenue par une simple bande de toile.

L'enveloppement caoutchouté détermine quelquefois une sudation abondante et gênante. Le plus souvent cet inconvénient disparaît au bout de quelques jours; s'il persiste, on peut le combattre en poudrant la jambe avec la poudre de talc salicylée au centième.

Ascornet rapporte une quinzaine d'observations de malades traités par ce moyen à la clinique dermatologique de la Faculté. Les ulcères, qui dataient parfois de plusieurs années, ont guéri en 2 et 3 semaines *sans que les malades aient eu à interrompre leur travail*. Au bout de quelques jours l'œdème disparaît, les bords de l'ulcère deviennent souples et s'affaissent, le fond se relève au niveau des parties voisines. Dans un cas, une plaie opératoire de la jambe chez un variqueux qui n'avait aucune tendance à la cicatrisation malgré le séjour au lit, a guéri par ce traitement combiné avec le séjour au lit.

Les contre-indications sont d'abord la phlébite aiguë; en deuxième ligne, les ulcères très creux, à bords saillants, calleux et trop durs pour être affaiblis par la pression de la bande. Dans le dernier cas on peut modifier légèrement la méthode en remplaçant la plaque de zinc par du papier d'étain recouvert d'une couche de ouate et maintenu par la bande de caoutchouc. Le papier d'étain se moule sur l'ulcère, en tapisse le fond et l'on peut généralement, au bout de quelques jours, le remplacer par la plaque de zinc.

Une grande partie de l'efficacité de ce traitement revient évidemment à la compression élastique. Le rôle du métal n'est cependant pas à négliger, bien que l'on puisse remplacer le zinc par le plomb comme le faisaient les anciens, par l'étain ou par l'aluminium; ce dernier métal a même, dans quelques cas, paru donner de très bons résultats. Il est possible que le zinc forme avec les liquides sécrétés par l'ulcère un élément de pile; il est probable qu'il se forme, sous l'influence de ces mêmes liquides, des sels de zinc qui exercent une action astringente faible mais continue. Cette attaque du métal est à coup sûr très lente car la même plaque de zinc dure fort longtemps.

J. GAUTIER. — Du lichen plan buccal et du lichen plan isolé de la bouche (1894-1895).

Le lichen plan buccal est loin d'être rare et les observations se multiplient d'autant plus qu'on prend plus l'habitude d'examiner la bouche des

malades atteints de lichen plan de la peau. Elle est indispensable, car le malade appelle rarement l'attention de ce côté. Sur 28 cas de lichen buccal, relevés chez divers auteurs, la muqueuse des joues est atteinte 19 fois, la langue 18 fois, les lèvres 8 fois, le palais 3 fois.

Sur les joues, le lichen se présente sous forme de papules ou de traînées. Les papules du volume d'un têtard d'épingle environ sont d'un blanc nacré, bien limitées, très dures, sans aucune infiltration, faciles à sentir du doigt comme un grain dur. Les traînées sont des cordons blancs très minces, également durs, formant un réseau en dentelle ou ramifiés en feuilles de fougère. Sur la langue, ce sont des plaques blanches lisses, planes, un peu dures au toucher, dans lesquelles les papilles sont comme noyées. Elles débutent soit par le blanchissement du sommet des papilles, soit par l'épaississement de l'épithélium interpapillaire qui s'élève jusqu'au niveau du sommet des papilles.

Les sensations subjectives sont souvent nulles, d'autres fois les malades se plaignent d'une sensation de sécheresse ou de rudesse, de la sensibilité aux aliments irritants ou même d'une véritable gêne dans les mouvements.

Sur 28 cas, le lichen a débuté 9 fois par la bouche, 3 fois par la peau, 2 fois le début s'est fait par la peau et la bouche en même temps et 14 fois on note simplement la coexistence au moment de l'observation. Le lichen buccal peut donc souvent précéder de plus ou moins longtemps toute manifestation cutanée. Il peut même évoluer seul sans qu'à aucun moment on puisse trouver du lichen plan de la peau ; alors même les caractères de la lésion sont assez nets pour que le diagnostic soit possible. Gautier rapporte trois cas de lichen plan isolé de la bouche où le diagnostic était affirmé par l'aspect caractéristique de l'éruption et par les résultats du traitement arsenical.

TAUVET. — Des hidrosadénites suppuratives disséminées (1894-1895).

Tauvet reproduit la description de l'hidrosadénite et les idées de M. Dubreuilh sur l'anatomie pathologique de cette affection. Il rapporte seulement deux observations inédites qui lui ont été fournies par M. Dubreuilh.

D^r WILLIAM DUBREUILH.

Montpellier.

CH. TAULANE. — Contribution à l'étude des syphilides malignes précoces (n° 3).

Cette thèse est une étude d'ensemble des formes cliniques des manifestations cutanées de la syphilis maligne précoce, basée sur six observations nouvelles, recueillies dans le service de la clinique dermatologique de Montpellier.

L'auteur, acceptant avec quelques modifications la classification de Mauriac, rattache les différentes syphilides malignes à deux types : type pustuleux et type tuberculeux, se subdivisant chacun en deux variétés, et constituant en somme quatre sortes de syphilides : ecthymateuse, rupioïde, tuberculo-atrophique, tuberculo-ulcéreuse. Il les passe successivement

en revue et montre que les plus redoutables sont les formes ulcéreuses, quelle qu'en soit l'origine (pustule ou tubercule).

Au sujet de l'étiologie, il résume l'état actuel de la science, en s'appuyant sur les travaux du professeur Fournier et en particulier sur la thèse d'Ory, et accepte les conclusions de ces auteurs, pour lesquels la cause de ces formes malignes réside moins dans la graine que dans le terrain, altéré par des tares antérieures (alcoolisme, impaludisme, scrofulo-tuberculose, etc.). Ce qui domine cette étiologie spéciale se résume donc dans la valeur plus ou moins défensive du terrain sur lequel évolue la syphilis.

De là deux indications principales, auxquelles doit répondre la thérapeutique des syphilides malignes précoces : 1° combattre la spécificité syphilitique en même temps que la lésion locale; 2° traiter l'état général.

Pour remplir la première indication, l'auteur recommande, entre autres moyens, le sirop de Gibert, que l'on peut faire facilement accepter par les malades en remplaçant dans sa composition le sirop simple par du sirop d'écorces d'oranges amères, et les pansements avec l'emplâtre de Vigo.

La seconde indication sera remplie par des moyens en rapport avec l'état général dominant, mais en insistant plus particulièrement sur les reconstituants et une bonne hygiène.

T. RONZIER-JOLY. — Du zona (n° 34).

Cette thèse est une contribution intéressante à l'étude de la pathogénie du zona.

L'auteur, ayant eu l'occasion d'observer, dans un village du Var, une véritable épidémie de zona, survenue à la suite de l'arrivée dans la localité d'un sujet venant de Paris porteur de cette affection, épidémie qui atteignit huit personnes, dont plusieurs appartenant à une même famille, donne la relation de ces faits intéressants, signale la constance de l'adénopathie, et conclut à la fréquence de l'épidémicité et à la contagiosité du zona. C'est là un argument puissant de plus en faveur de la doctrine de M. Landouzy, qui considère le zona comme une maladie infectieuse, analogue aux fièvres éruptives.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes : 1° Il existe un zona idiopathique ou fièvre zoster, et des zonas symptomatiques ou éruptions zostériformes. Ces éruptions zostériformes sont à la fièvre zoster ce que les exanthèmes scarlatiniformes sont à la fièvre scarlatine. Il y a entre eux, comme le dit Landouzy, « toute la distance qui sépare et toute la différence qui distingue une maladie d'un symptôme ».

On ne saurait de même établir aucun rapport entre les herpes genitaux, labiaux ou autres, et la fièvre zoster, l'une confère l'immunité, les autres récidivent.

2° La fièvre zoster est une maladie générale aiguë, infectieuse, contagieuse et épidémique, conférant l'immunité, à détermination circonscrite sur le système nerveux et à expression cutanée dystrophique secondaire.

La place du zoster, en nosographie, doit donc être parmi les *neuropathies infectieuses*.

CHABROL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus tuberculeux (n° 53).

Cette thèse est une revue rapide des moyens thérapeutiques les plus employés dans le traitement du lupus; l'auteur insiste plus particulièrement sur le traitement par les caustiques antiseptiques. Il signale spécialement les bons effets que peuvent donner les applications externes du sublimé. Enfin il attire l'attention sur des composés nouveaux introduits dans la thérapeutique lupique par Elsénberg, les *chlorophénols*.

L'auteur a, en effet, pu juger des effets satisfaisants donnés à ce point de vue par les applications externes de *chloroline*, produit fabriqué par un chimiste alsacien, M. Weirich, qui est une émulsion à 20 p. 100 de chlorophénols. C'est un liquide de couleur brunâtre analogue à celle du rhum, légèrement filant et de consistance sirupeuse, d'odeur pénétrante, rappelant celle du gaiacol. Il se dissout en toutes proportions dans l'alcool absolu, l'éther, les huiles essentielles, etc., mais est insoluble dans l'eau. Ses propriétés antiseptiques ont été reconnues expérimentalement dans le laboratoire du professeur Arloing (1). M. Brousse a utilisé ce produit, dans son service de clinique dermatologique, pour le traitement du lupus : avec un tampon d'ouate imbibé de chloroline, on badigeonne tous les deux jours les surfaces lupiques (ulcérées ou non); l'application ne provoque pas de douleur appréciable, mais seulement une sensation immédiate de cuisson qui disparaît assez vite; sous son influence, on voit rapidement les ulcérations se cicatriser, les nodules lupiques s'affaïsser et faire bientôt place à du tissu cicatriciel, en donnant lieu à des cicatrices parfaitement lisses.

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles l'emploi de la chloroline a été suivi de succès.

A. BROUSSE.

Toulouse.

J. MORDAGNE. — Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne, etc.

Cette série contient une observation d'un malade de Mossé traité par le corps thyroïde de mouton pour un psoriasis ancien, et guéri après un mois.

L'auteur recommande l'emploi du corps thyroïde frais; son administration augmente la diurèse, et l'élimination de l'urée, de l'acide phosphorique et des chlorures.

MONDOT. — Contribution à l'étude de la gale bédouine.

Etude un peu superficielle du lichen tropicus. Ce dernier existe dans la zone côtière de l'Algérie et semble exiger pour sa production l'action simultanée de la chaleur et de l'humidité. Ce serait une éruption sudorale. L'auteur indique d'après M. Leloir des rapports possibles entre la gale bédouine et des manifestations de l'eczéma séborrhéique.

(1) Voy. NICOLAS et RAOULT-DESLOUCHAMPS. Note sur le pouvoir antiseptique de la chloroline. *Province médicale*, 22 juin 1895.

A. ROUANET. — Tumeurs orthocystiques du cuir chevelu.

L'auteur étudie sous ce nom les kystes vrais du cuir chevelu, laissant de côté certaines variétés d'adénome souvent confondus en clinique avec « les loupes ». Il montre d'après l'étude histologique de la paroi de huit tumeurs kystiques que, conformément à l'opinion de Franckes, ces tumeurs sont vraisemblablement des néoplasmes épidermiques, dont le sac est constitué par des invaginations tégumentaires et que rien n'autorise à les séparer des kystes dermoïdes ordinaires pour en faire des productions sébacées.

Cette paroi épidermique offre des apparences très différentes suivant les cas, d'où l'existence de deux types : *type feuilleté*, caractérisé par la présence et la prédominance des éléments aplatis perpendiculaires aux cellules de la couche génératrice ; *type globuleux*, où cette dernière est recouverte de grosses cellules arrondies ou polygonales. Quelques particularités de ces dernières constituent un argument en faveur de l'origine nucléaire de l'éléidine.

L'auteur indique l'érosion angioplastique qui peut perforer ces tumeurs. Il pense que les soi-disant loupes du cuir chevelu ayant subi des dégénérescences cancéreuses sont en réalité, dès le début, des tumeurs pseudo-kystiques, des adénomes.

Travail rédigé un peu hâtivement.

P. VABRE. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie syphilitique.

L'auteur résume assez brièvement ce que l'on sait actuellement sur la question.

Les conclusions n'ont rien de particulier. Il insiste sur la fréquence de cet accident, son apparition souvent précoce, l'influence prédisposante de l'alcoolisme, etc., et surtout de l'absence de traitement, sur la fréquence et l'importance des prodromes. Prise au début, elle peut guérir. Le traitement spécifique n'a que peu d'influence sur la paralysie établie.

La lecture de cette thèse pourra être utile à celui qui s'occupera à nouveau de la question parce qu'elle contient dix observations inédites généralement assez bien prises.

CH. AUDRY.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Anatomie de la peau. — HEITZMANN. Histologie du tissu graisseux sous-cutané. Normale und pathologische Histologie des Unterhautfettgewebes) (*Archiv. f. Dermatol. und Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 447).

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Le globe de graisse n'est pas une cellule, il est formé d'un grand nombre de corpuscules protoplasmiques indifférents. Le noyau n'a rien à faire avec les corpuscules de graisse, mais il est toujours situé dans la capsule qui enveloppe ce corpuscule.

La capsule du globe a la valeur d'une couche élastique formée d'une substance fondamentale gélatineuse analogue à celle des couches élastiques qui existent sur les limites des territoires osseux et cartilagineux.

Le tissu graisseux doit être regardé comme une variété du tissu myxœmateux, analogue au tissu lymphoïde. Dans le globe il se forme un corps protoplasmique ramifié analogue aux corps protoplasmiques ramifiés du fibro-cartilage et de l'os.

Le corps protoplasmique ramifié ne peut pas être mis en évidence par des réactifs mais on le rend très vite apparent en faisant disparaître rapidement la graisse par un amaigrissement rapide. Dans un amaigrissement progressif on voit dans le globe graisseux, à côté du corpuscule protoplasmique ramifié, des corps à noyaux qui remplissent les espaces du corpuscule ramifié. Aucun de ces corps n'est nouveau, la disparition de la graisse les a rendus apparents.

Les corpuscules protoplasmiques qui remplissent les mailles sont identiques à ceux aux dépens desquels le globes de graisse a été fait lors de son développement.

Les globes de graisse ne sont pas toujours réunis en un tissu, mais ils apparaissent aussi isolés ou sous forme de petits groupes dans l'épaisseur du tissu conjonctif fibreux.

Les *Mastzellen*, cellules à gros grains qui existent souvent dans le tissu conjonctif fibreux, constituent probablement la transition entre le protoplasma et la graisse; les points nodaux du réseau de la matière vivante sont transformés directement en graisse.

Dans le processus de l'inflammation, les corpuscules protoplasmiques qui forment les globes de graisse sont transformés par prolifération de leur matière vivante en corpuscules d'inflammation, qui donnent naissance à la phase de formation du tissu myxœmateux et myxœfibreux.

Quand les corpuscules d'inflammation issus du globe de graisse

sont arrachés à leurs rapports réciproques, il se produit aux dépens de ce qui était un globe de graisse un amas de cellules de pus. A. Doyon.

Cellules de plasma. — TH. V. MARSCHALKO. Des cellules dites plasmatiques (Ueber die sogennanten Plasmazellen, ein Beitrag zur Kenntniss der Herkunft der entzündlichen Infiltrationzellen) (1895, *Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, t. XXX).

Dans un travail considérable fait au laboratoire de la clinique universitaire de dermatologie de Breslau, l'auteur a étudié les « cellules plasmatiques » introduites il y a 4 ans dans l'anatomie pathologique par Unna. M. le professeur Neisser a ajouté à ce travail une préface et un certain nombre de remarques critiques.

Selon Unna les cellules plasmatiques seraient des dérivés des cellules fixes de tissu conjonctif, ces dernières et les cellules en provenant se distingueraient facilement des leucocytes par leur coloration spécifique et se trouveraient en grande abondance dans les tumeurs de granulation infectieuse et dans le tissu de granulation simplement inflammatoire. Les recherches de V. Marschalko ne confirmeraient pas les vues d'Unna.

Il reconnaît que les cellules plasmatiques d'Unna constituent une espèce particulière de cellules, mais il ne peut admettre comme spécifique la méthode de coloration de cet auteur.

V. Marschalko attache une bien plus grande importance à certains caractères morphologiques de ces cellules plasmatiques, notamment à la situation excentrique presque constante du noyau, puis à l'agglomération et à l'accumulation du protoplasma vers la périphérie de la cellule, de telle sorte que le bord de la cellule présente une teinte foncée, tandis qu'on voit au milieu une aréole claire.

V. Marschalko n'admet pas l'identité des cellules plasmatiques d'Unna avec les tissus désignés sous le même nom par Waldeyer.

Les éléments décrits jusqu'ici sous le nom de cellules épithélioïdes et les cellules plasmatiques d'Unna sont aussi des choses très différentes.

V. Marschalko a cherché à résoudre par la voie de l'expérimentation sur les animaux la question de savoir de quels éléments les cellules plasmatiques tirent leur origine, pas plus que Jadassohn, il n'a pu découvrir les formes intermédiaires entre les cellules plasmatiques et les cellules fixes de tissu conjonctif et sur lesquelles Unna base leur caractère de tissu conjonctif.

Dans une première série d'expériences faites sur des lapins, l'auteur conclut que les cellules plasmatiques proviennent très probablement d'une transformation des lymphocytes. Nous renvoyons au texte de l'auteur pour tous les détails de l'expérimentation.

Une autre série d'expériences montra également la nature leucocytaire des cellules plasmatiques.

L'auteur a examiné ensuite les organes normaux qui sont les principaux foyers de formation des leucocytes et il a trouvé dans la rate complètement normale et dans les ganglions lymphatiques de l'homme et du lapin, parmi les gros leucocytes mononucléaires et les lymphocytes, un

très grand nombre de cellules ne différant pas morphologiquement des cellules plasmatiques et ne se distinguant au point de vue de la coloration, qu'en ce que leur protoplasma se colore un peu plus faiblement par le blanc de méthyle qu'il le fait d'ordinaire dans les cellules plasmatiques.

En résumé, selon l'auteur, les cellules plasmatiques dériveraient des lymphocytes et non des cellules fixes de tissu conjonctif. Partant de là, il cherche à déterminer la nature leucocytaire ou conjonctive des cellules des processus pathologiques les plus différents et tout d'abord des tumeurs de granulation infectieuses, qu'il regarde comme des productions mixtes.

Dans le lupus, d'après ses recherches, les lymphocytes et les cellules plasmatiques constituent presque exclusivement tout l'infiltrat inflammatoire qui entoure le néoplasme tuberculeux proprement dit, lequel est un produit de cellules fixes de tissu conjonctif et se compose de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. V. Marschalko regarde comme erronée l'opinion d'Unna d'après laquelle il y aurait connexion directe entre les cellules plasmatiques et les éléments spécifiques du tubercule. Il étudie ensuite successivement les lipomes, la morve, le rhinosclérome l'actinomycose, le mycosis fongoïde, les sarcomes, le chancre mou.

Pour les sarcomes à cellules fusiformes, l'auteur confirme l'indication d'Unna, qu'on ne trouve pas de cellules plasmatiques dans le tissu sarcomateux proprement dit, mais seulement dans l'infiltrat à petites cellules du pourtour avec des lymphocytes. Par contre il ne peut admettre l'opinion d'Unna, d'après laquelle les cellules plasmatiques seraient une première phase régulière des cellules sarcomateuses dans les sarcomes à cellules rondes.

En ce qui concerne le chancre mou, V. Marschalko ne considère pas, ainsi que le fait Unna, l'accumulation, très marquée ici, des cellules plasmatiques, comme un des éléments directs du processus morbide, mais comme un symptôme secondaire de réaction du tissu contre l'action nocive de quelque nature qu'elle soit ; d'autant plus qu'on constate le développement d'un « plasmome » tout aussi bien dans le favus, le kerion Celsi et les conduits para-uréthraux infectés par la blennorrhagie.

De l'étude approfondie de ces divers processus pathologiques il résulterait que les éléments cellulaires, qui constituent le tissu de granulation inflammatoire et que l'on désignait jusqu'ici sous le nom de « cellules rondes », se composent pour la plus grande partie de lymphocytes et des cellules plasmatiques qui en dérivent. Quant à l'autre question, celle de savoir si les leucocytes peuvent réellement se transformer en cellules de tissu conjonctif et constituer un tissu permanent, elle reste ouverte ; l'auteur serait du reste plutôt porté à n'attribuer aux lymphocytes qu'un rôle provisoire dans les processus pathologiques.

A. DOYON.

UNNA. — Ueber Plasmazellen. Antikritisches und methodologisches (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1895, t. XX, p. 477).

Dans cet article, l'auteur insiste particulièrement sur ce point que, malgré toutes les critiques contenues dans le travail de V. Marschalko-Neisser, il n'en reste pas moins l'importance fondamentale des cellules plasma-

tiques. Ces cellules, avant les travaux d'Unna, étaient inconnues pour beaucoup de processus pathologiques. Neisser serait dans l'erreur quand j pense que lui, Unna, veut faire des cellules plasmatiques la base de son édifice. Il a étudié aussi les autres cellules conjonctives hypertrophiques, comme les Plattenzellen, les cellules en panier (Korbzellen), les cellules fusiformes et les cellules géantes. Le grand progrès ne consisterait pas dans une espèce de cellule déterminée, mais dans les nouvelles méthodes de coloration introduites par l'auteur. Il n'attribue pas un rôle spécifique aux cellules plasmatiques, il les considère seulement comme des cellules conjonctives extrêmement et unilatéralement hypertrophiées.

L'opinion de v. Marschalko qui fait dériver les cellules plasmatiques des lymphocytes du sang ne serait qu'une simple hypothèse, puisqu'il ne donne pas la preuve d'une semblable transformation dans les coupes des dermatoses qu'il décrit. Il s'appuie uniquement sur les expériences qu'il a faites sur des animaux et dont il tire des conclusions pour la pathologie cutanée.

D'autre part, v. Marschalko n'a pas employé exactement les méthodes de coloration indiquées par Unna, et, par conséquent, n'a pu obtenir les mêmes résultats.

V. Marschalko pense avoir trouvé de nouveaux caractères morphologiques pour les cellules plasmatiques qui caractériseraient mieux ces cellules que ne le fait la méthode de coloration d'Unna. Cet auteur fait remarquer que ce serait bien étrange puisque la connaissance de l'existence des cellules plasmatiques date seulement de sa méthode de coloration.

La recherche des cultures plasmatiques dans les dermatoses a une valeur particulière, parce que c'est par elle qu'on peut le mieux expliquer la manière dont s'est faite l'hypertrophie cellulaire et sa direction, si c'est le protoplasma spongieux ou granuleux qui est hypertrophié. Plusieurs variétés de cellules ne sont explicables que parce qu'elles dérivent des cellules plasmatiques.

A propos de lupus, v. Marschalko dit qu'on trouve là réunies deux choses fondamentales tout à fait différentes : la néoformation tuberculeuse spécifique et l'infiltration inflammatoire secondaire. Mais, selon Unna, il existe une forme de lupus, le lupus diffus, qui consisterait presque uniquement en cellules plasmatiques bien conservées et contiendrait seulement quelques traces de cellules plasmatiques dégénérées ; il en résulterait donc que cette variété véritable de lupus ne présenterait presque pas de néoformation tuberculeuse spécifique. Unna soutient ensuite que parmi les cellules épithélioïdes on aurait compris ça et là les cellules plasmatiques.

Dans le chancre mou, qui, d'après v. Marschalko, représente une mine (Fundgrube) de cellules plasmatiques, il existerait toujours, selon Unna, un plasmome, même dans la période la moins avancée.

Unna, dans son *Histopathologie*, n'admet une segmentation des noyaux (sans formation préalable de karyokinèse) que dans les cas où il existe une absence frappante de karyokinèse coïncidant avec une disposition en

groupes de noyaux à facettes ou avec une disposition annulaire des noyaux.

Après avoir repoussé le reproche qu'il regarde encore les cellules plasmatiques comme des productions purement pathologiques de la peau, bien que Jadassohn dit avoir trouvé ces cellules chez l'homme, dans la rate, les ganglions lymphatiques et la moelle des os à l'état normal, Unna concède que les cellules plasmatiques se trouvent dans les organes ci-dessus mentionnés des souris blanches, mais non dans ceux de l'homme. Il fait ensuite remarquer que v. Marschalko aussi déclare que ces cellules qu'on rencontre dans la rate et les ganglions lymphatiques de l'homme possèdent un protoplasma faiblement colorable. Unna trouve ici la même chose que v. Marschalko, mais ses conclusions sont absolument différentes en ce sens que pour lui les cellules plasmatiques n'existent pas dans les organes humains normaux tels que ganglions lymphatiques, rate et moelle osseuse. Par contre, il a vu de véritables cellules plasmatiques dans une rate malade de l'homme. A. DOYON.

Condylomes acuminés. — E. VOLLMER. Nerven und Nervenendigungen in spitzen Condylomen (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1895, t. XXX, p. 363).

Il ne faut pas regarder les condylomes acuminés comme des proliférations épithéliales formant un sillon papillaire du tissu conjonctif (Unna) mais comme des papillomes, autrement dit des hypertrophies des papilles de la peau in toto.

Les nerfs contenus dans les papilles nerveuses de la peau participent au processus pathologique de prolifération de la peau, c'est-à-dire des papilles des muqueuses.

Les cellules de Langerhans qu'on a trouvées dans le manteau épithélial des condylomes aigus sont en connexion avec des nerfs.

Les cellules de Langerhans réagissent comme les nerfs avec la méthode rapide d'imprégnation de Golgi.

Les condylomes acuminés pigmentés ont des cellules de pigment ramifiées dans le réseau de Malpighi et dans les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial.

Outre la terminaison dans des cellules de Langerhans on voit se perdre, dans l'épithélium des condylomes acuminés, des filaments nerveux terminaux fins, variqueux, qu'on peut suivre jusque dans le stratum corné.

A. DOYON.

Engelures. — C. BÖECK. Ein Frostmittel. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1895, t. XXI, p. 171).

La plupart des praticiens ont leur remède contre les engelures. Voici celui de l'auteur :

Ichthyol.....	}	à à 1 gr.
Résorcine.....		
Tannin.....		
Eau.....		5 —

En badigeonnage chaque soir. En quelques minutes, il se forme un vernis sur la peau ; sous son influence, on voit disparaître non seulement les engelures, mais aussi le gonflement œdémateux diffus des mains et des doigts. La peau présente bientôt un aspect ridé et ratatiné.

Les inconvénients de cette médication, peu élégante mais très efficace selon l'auteur, sont que la peau devient noire pendant le traitement et conserve cette coloration huit ou quinze jours après ; d'autre part, il est certaines personnes dont la peau ne tolère pas la résorcine. Toutefois c'est très rare, surtout si les doigts, les mains et les pieds sont enveloppés après le badigeonnage, pendant la nuit, avec de la mousseline enduite de pommade. Ce remède n'est pas applicable aux engelures ouvertes.

Chez les personnes à qui leurs occupations ne permettent pas de se salir les mains, on peut encore utiliser la résorcine en l'employant de la façon suivante :

Résorcine	2 gr.
Mucilage de gomme arabique.....	} à 5 —
Eau.....	
Poudre de talc.....	1 —

En badigeonnage le soir.

On peut aussi employer ce remède avec succès contre l'affection si opiniâtre désignée sous le nom de lèvres squameuses « schuppende Lippen ». Mais il faut continuer très longtemps les applications. A. Doyon.

Exfoliation cutanée. — ALFRED SANGSTER. A case of Congenital exfoliation of the skin (Keratolisis exfoliativa) (*The British Journal of Dermatology*, février 1895, p. 52).

L'auteur a observé un malade dont l'état cutané est des plus rares. Aucun membre de la Société de dermatologie de Londres n'avait vu de cas analogue et c'est ce qui a engagé l'auteur à en publier l'observation.

Un homme de 24 ans, de force moyenne, de bonne santé générale, est atteint d'une exfoliation de la peau, avec prurit surtout en été, affection qui remonte à sa plus tendre enfance.

Dans la famille aucun fait analogue n'est à citer, pas d'histoire, dans l'hérédité, de syphilis ou de quelque autre affection.

C'est vers la troisième semaine après la naissance que l'éruption apparut par une fine desquamation sur le front. A la fin de la troisième année, cette desquamation s'était généralisée et dès lors n'a plus jamais quitté le malade.

L'éruption est sujette trois ou quatre fois par an à des exacerbations, à ce point qu'au réveil le lit du malade est rempli de squames. Les lésions ont toujours été absolument sèches, on n'a jamais observé de bulles. La transpiration se produit sur tout le corps seulement pendant les jours de chaleur, mais à l'ordinaire la sudation se fait largement sur les régions palmaires et plantaires.

Lorsque M. Sangster observa pour la première fois ce malade, la peau

avait sur toute la surface une coloration ayant par places une teinte brun plus foncée. Presque partout on pouvait distinguer les deux aspects suivants :

1^o Des espaces où l'épiderme était épaissi avec plis de la peau exagérés et crevassés. 2^o Des espaces où l'exfoliation se faisait abondamment sous forme de petites ou de larges squames ; par places, sous les squames la peau apparaissait rouge et enflammée.

Les régions palmaires et plantaires étaient les seules à ne pas présenter de desquamation ; en ces points l'épiderme était simplement épaissi et macéré par la sueur. On observait par places des érosions eczémateuses et des excoriations consécutives au grattage. Pas d'altération des phanères, pas de troubles urinaires.

Il s'agissait là, dit l'auteur, d'une véritable malformation congénitale de la peau, sans processus originel inflammatoire, due à un vice de développement des couches superficielles de l'épiderme.

Ce cas se rapproche beaucoup de l'ichtyose nacrée à hypertrophie papillaire peu marquée, à ces cas dans lesquels viennent fréquemment s'ajouter des inflammations secondaires, particulièrement aux régions exposées.

L. WICKHAM.

Filaire du sang. — AUSTIN FLINT. A case of filaria sanguinis hominis with chyluria, treated successfully with methylene blue (*New-York medical Journal*, 15 juin 1895, p. 737).

M. Austin Flint, frappé des résultats excellents obtenus par l'ingestion du bleu de méthylène dans la malaria, a eu l'idée de l'essayer dans la chylurie due à la filaire de Bancroft.

Des expériences très remarquables ont pu être faites à ce sujet sur un malade affecté de chylurie filarienne, et semblent concluantes.

Avant l'ingestion du médicament on comptait 8-10 embryons de filaire dans le sang contenu dans le champ de l'objectif. Le lendemain une seule put être retrouvée. Le traitement fut suspendu, les filaires reparurent en grand nombre pour disparaître de nouveau et définitivement après un traitement plus longtemps continué.

La dose donnée fut de 10 centigr. de bleu méthylène en cachets, dose répétée toutes les quatre heures pendant un jour. Une heure et demie plus tard les urines commencent à se colorer en bleu de plus en plus foncé. Cette coloration ne disparaît que 48 heures après la dernière ingestion du médicament.

Les fèces sont pareillement colorées.

Le seul inconvénient du médicament est de provoquer quelquefois une irritation du col vésical, qui cesse d'ailleurs promptement.

Allié à la noix de muscade, 0 gr. 30 centigr. par dose de bleu méthylène, le médicament est mieux supporté quant à son usage dans le traitement de l'impaludisme.

Sans le conseiller comme d'une efficacité égale à celle de la quinine, M. Austin Flint déclare y avoir eu souvent recours avec succès dans des cas où la quinine était demeurée inefficace.

L'auteur a aussi essayé l'action du bleu méthylène dans la gonorrhée; on sait que les résultats donnés par les injections de bleu méthylène ont été fort médiocres; le traitement interne par le bleu de méthylène ingéré paraît meilleur et l'auteur en cite deux cas vraiment remarquables.

R. SABOURAUD.

Lupus. (Traitement du lupus de la face.) — SCHARFF. Beitrag zur Behandlung des Gesichtslupus. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1895, t. XXI, p. 281.)

L'auteur indique ici le traitement que Unna emploie à sa clinique contre cette affection et dont il s'est servi lui-même avec succès.

On commence par bien établir, à l'aide de la pression avec une lamelle de verre et la diascopie, le siège du foyer lupique. Dans chaque foyer, on enfonce un petit morceau de bois pointu (une espèce de cure-dent ou de petites chevilles en bois) qu'on laisse baigner quelques jours dans la solution suivante :

Sublimé.....	1 gr.
Acide salicylique.....	10 —
Ether sulfurique.....	25 —
Huile d'olive.....	100 —

Si cette petite opération est trop douloureuse, on a recours à l'anesthésie locale.

On coupe ensuite avec des ciseaux les portions saillantes de ces chevilles et on recouvre le tout d'un emplâtre de gutta-percha qu'on laisse en place pendant quarante-huit heures. Il se produit une action chimique et mécanique combinée qui provoque de la suppuration. Après l'enlèvement de l'emplâtre, on trouve une mince couche de pus et les chevilles de bois sont mobiles. On les enlève et on lave la surface avec de l'éther sublimé; on remplit ensuite toutes les dépressions avec la poudre suivante :

Bichlorure de mercure.....	0,1 décigr.
Carbonate de magnésie.....	10 gr.
Acide salicylique.....	5 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,5 décigr.

On applique par-dessus la poudre un nouvel emplâtre. On répète cette opération plusieurs jours de suite jusqu'à guérison.

A. DOYON.

Maladie de Darier. — JARISCH. Zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit. Ein Beitrag zur Lehre von der Entwicklung der « Psorospormien » in der Haut. (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 164.)

L'auteur a eu tout récemment l'occasion d'observer pendant plusieurs semaines un cas particulièrement intéressant de cette maladie, en ce sens qu'elle était tout à fait à son début, c'est-à-dire remontait seulement à trois semaines. Ce cas concerne un homme de 31 ans. Au début la surface pal-

maire des deux mains, la peau du pli des coudes, des aisselles, de la région inguinale et du pourtour de l'ombilic étaient le siège d'une rougeur nettement circonscrite qui se compliqua rapidement de callosités limitées à la paume des mains et rendant tout travail impossible.

Les deux mains sont en demi-flexion ; la couche cornée de la paume des mains et de la face palmaire des doigts est très épaisse et se desquame en partie. La plante des pieds présente des lésions analogues.

En outre, la peau de l'abdomen, de l'aisselle, du pli des coudes et de la région inguinale est le siège d'une coloration brunâtre plus ou moins intense et caractéristique de cette affection ; les portions les plus externes sont rouge clair, les portions internes des parties marginales présentent une nuance violette, résultant d'un mélange de brun et de rouge ; les parties internes sont d'un brun pur. Dans les parties centrales, élevures épidermiques solides, isolées, du volume d'une tête d'épingle, et d'une teinte plus claire.

Le traitement fut tout d'abord dirigé contre le tylosis des mains et des pieds, le seul symptôme réellement pénible ; on y appliqua un emplâtre de savon salicylé à 15 p. 100.

Le pigment se trouvait généralement en grande quantité dans les cellules basales et entre elles, en faible proportion dans la couche épineuse, tandis qu'il existait de nouveau en forte proportion dans la couche cornée.

L'auteur examine ensuite les éléments particuliers que Darier considère comme des psorospERMIES et comme la cause de cette dermatose spéciale. Dans les préparations de Jarisch, ces éléments se trouvaient dans toutes les couches de l'épiderme, mais en grand nombre seulement dans la couche granuleuse et surtout dans la couche cornée ; pourtant ils ne se rencontraient que d'une manière isolée, et jamais en gros amas. Ils se présentaient sous forme de corpuscules très brillants, ronds ou ovales, rouge jaune, plus ou moins homogènes, et, dans ce dernier cas, finement granuleux, de la dimension d'un noyau de cellule épidermique et plus, qui se détachaient surtout très nettement de leur pourtour bleu dans le réseau de Malpighi et dans la couche granuleuse, mais qui ressortaient distinctement aussi dans la couche cornée par leur teinte jaune rouge au milieu des lamelles cornées en général d'un jaune pur. Le pigment se trouvait en bien plus grande quantité dans la couche basale et dans la couche cornée que dans la couche épineuse. Cet état ne correspond pas à l'hypothèse qui fait provenir du réseau de Malpighi tout le pigment de la couche cornée. Le noyau des prétendues psorospERMIES perdait dans la couche cornée sa colorabilité intense, et sa limitation distincte était remplacée par un amas granuleux plus ou moins visible ; ces granulations, examinées dans des préparations non colorées, avaient une teinte brune, et par conséquent on pouvait constater qu'il s'agissait de corpuscules de pigment. L'auteur n'hésite pas à déclarer qu'on a affaire ici à un cas de formation de pigment par le corpuscule nucléaire encore situé à l'intérieur du noyau (dégénéré) ; c'est là une confirmation décisive de ce qu'il a depuis longtemps affirmé que le pigment peut provenir aussi de substances nucléaires.

De ses recherches personnelles et des indications des auteurs, Jarisch

se range à l'avis de Böeck qui regarde les corpuscules de molluscum comme différents des psorospermies de la maladie de Darier. Dans la dermatose de Darier, on a affaire à une maladie de la peau qui se localise avant tout en certaines places de prédilection, et cela, comme l'a remarqué Böeck, spécialement sur des parties de la peau qui transpirent facilement et abondamment. L'affection a pour base une inflammation dans le domaine de la couche papillaire ayant pour conséquence une prolifération de la couche épineuse (extension de cette couche, pénétration des cônes du réseau de Malpighi dans le derme et allongement secondaire des papilles) — acanthose — à laquelle s'ajoute une hyperkératose. Celle-ci ne se borne pas aux orifices folliculaires, mais s'étend à toute la partie de la peau atteinte. Parallèlement à ces lésions, il y a augmentation du pigment de l'épiderme et du derme, d'où résulte la teinte brune spéciale des plaques.

Le pigment de l'épiderme, du moins au début de l'affection, se rencontre principalement dans la couche basale et la couche cornée. Dans cette dernière, il est en partie constitué par des substances nucléaires.

Au cours ultérieur de la maladie, à côté de l'hyperkératose, il se développe une parakératose (kératinisation avec conservation des noyaux cellulaires, sans sécrétion préalable de kératohyaline), dégénérescence partielle des cellules du réseau de Malpighi et, comme conséquence de cette dégénérescence et d'influences mécaniques, formation de lacunes dans le réseau. Les productions spéciales regardées par Darier comme des psorospermies, sont rares au début de la maladie (dans le cas actuel), nombreuses plus tard. Elles n'ont pas la signification de parasites et elles ne jouent aucun rôle étiologique. Ce sont, comme l'admettent la plupart des auteurs, des formes de dégénérescence, et, comme Jarisch croit l'avoir montré, au moins pour les productions existant dans son cas, des formes de dégénérescence des noyaux des cellules épidermiques, qui simulent des cellules par le gonflement de leur corpuscule ou de leurs corpuscules nucléaires, et sont devenues acidophiles; dans la couche cornée, elles sont en général en liberté, mais dans le réseau de Malpighi elles se trouvent d'ordinaire enfermées à l'intérieur du corps cellulaire réduit ou en dégénérescence hyaline (Unna), enkystées.

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection, Jarisch tient à signaler la présence de l'eczéma séborrhéique, ou si l'on préfère, de la séborrhée du cuir chevelu dans presque tous les cas qui ont été observés. Cette coïncidence lui semble d'autant moins accidentelle que les sièges de prédilection de la dermatose de Darier sont aussi ceux de l'eczéma séborrhéique; il semble donc y avoir entre les deux affections des rapports intimes, dont la découverte pourrait contribuer beaucoup à expliquer la maladie de Darier. Au point de vue thérapeutique, en s'appuyant théoriquement sur ces rapports et pratiquement sur la marche favorable du cas actuel, l'auteur est porté à attribuer au soufre le rôle le plus important.

A. DOYON.

Maladie de Paget. — JOHN V. SCHOEMAKER. Paget disease. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, n° 5, mai 1895, p. 208.)

Une femme de 52 ans, célibataire, est affectée depuis deux ans et demi d'un prurit généralisé. Elle se rappelle s'être gratté le sein droit et pense l'avoir écorché avec l'ongle. Le sein commence à s'ulcérer à cette époque. Et l'ulcération augmente lentement. La peau de la région est un peu tendue, mais sans symptômes subjectifs très accusés. Pas de ganglions axillaires. Santé générale bonne, apparence d'une femme bien nourrie. A l'exception du grattage et de l'ulcération possible avec les ongles, pas d'autres commémoratifs; mais on a dit à la malade que peu après sa naissance, elle avait eu un abcès du sein.

Actuellement, le mamelon est si déprimé qu'il a presque disparu, il est d'une couleur rouge vif et entouré d'une zone de même teinte. La surface est couverte d'un liquide sanguinolent mêlé de pus.

L'aréole enflammée est de la dimension d'une pièce de cinq francs; sa base est un peu dure et sa délimitation absolument nette.

L'auteur, à l'occasion de ce fait, passe en revue l'histoire de cette maladie, discute le diagnostic du cas particulier, expose la théorie coccidienne de Darier-Wickham, sans l'admettre absolument, sans la repousser non plus, et sans dire si l'examen microscopique des produits de raclage lui a montré les corps coccidiiformes.

Il rappelle les travaux récents sur le molluscum de Bateman, la psoromorphe folliculaire végétante, les épithéliomas, le carcinome, en somme tout le débat sur la nature coccidienne de ces diverses maladies, sans se prononcer pour ou contre elle.

R. SABOURAUD.

Nævus sous-cutané. — BEIER. Ueber einen Fall von Nævus subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 337.)

Ce cas concerne une jeune fille de 17 ans venue à la clinique pour une tumeur de la face dorsale de l'annulaire gauche, tumeur existant depuis sa naissance.

Depuis environ quinze jours cette tumeur aurait augmenté de volume sans cause appréciable; elle est devenue sensible à la pression et la peau est un peu rouge. En même temps la malade aurait remarqué une abondante sudation de la peau en ce point. L'état général a toujours été bon.

A son arrivée à l'ambulatorium on constate, sur la face dorsale de la première phalange de l'annulaire gauche, la présence d'une tumeur hémisphérique du volume d'une noix, un peu sensible à la pression, à surface inégale et de consistance assez ferme. La peau qui la recouvre est mobile, de coloration livide; nombreux petits poils foncés, un peu plus développés que les poils lanugineux ordinaires. Si on comprime la tumeur on fait sortir des orifices du reste très visibles, des gouttelettes de sueur qui rougissent le papier de tournesol.

On excise la tumeur et douze jours après la jeune fille quitte la clinique complètement guérie.

L'auteur décrit ensuite très en détail les résultats de l'examen microscopique et les compare à ceux observés par Unna, Waldeyer, Petersen. Tandis que les auteurs ne distinguaient pas autrefois d'une manière précise les adénomes vrais des simples hypertrophies ou hyperplasies des glandes agrégées, Thierfelder a le premier appelé l'attention sur certaines différences existant entre eux et notamment sur ce fait que les adénomes vrais se distinguent des autres tissus environnants par des néoplasmes glandulaires. On a, dans ces derniers temps, indiqué d'une façon précise ce qu'on doit entendre par adénome des glandes sudoripares. Unna voit dans l'hyperplasie de l'adénome en opposition à l'hyperplasie simple « une prolifération qui se rapproche par sa structure de la glande sudoripare mais qui est plus exubérante. Tandis que dans l'hypertrophie pure la structure de la glande n'est nullement modifiée, il ne considère le diagnostic d'un adénome comme justifié que dans les cas où la structure subit une complication par suite de l'hyperplasie ».

Dans le cas actuel il n'y avait nulle part des altérations de ce genre; il s'agit ici uniquement d'une multiplication locale considérable des glomérules et d'une simple hypertrophie et hyperplasie des éléments histologiques composant les glandes, avec forte dilatation des canaux.

Quant à la dénomination de *nævus* donnée à la tumeur, elle est d'autant mieux justifiée qu'elle est congénitale et qu'elle présente une augmentation dans la croissance des poils; nous l'avons appelée *nævus* sous-cutané parce qu'elle consistait essentiellement en tissu conjonctif, c'est-à-dire en tissu graisseux sous-cutané.

A. DOYON.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre mou. — E. FINGER. Ueber die Natur des weichen Schankers. (Tirage à part de la *Wiener mediz. Presse*)

Selon l'auteur, le chancre mou est une dermatite superficielle aiguë, virulente, circonscrite, qui reste locale avec localisation prédominante sur les organes génitaux correspondant à sa nature vénérienne.

Comme d'autres processus analogues au point de vue anatomique, le chancre mou est provoqué par plusieurs micro-organismes, bacilles et coccipyogènes.

Une voie originale et incontestablement géniale a été celle suivie par Ducrey et après lui par Krefting qui cherchèrent à isoler le virus du chancre mou par inoculation en générations et constatèrent dans leurs chancres d'inoculation la présence constante et exclusive de leur diplo-bacille. Unna enfin découvrit son strepto-bacille sur des coupes de tissu de chancre mou avec une méthode particulière de coloration,

On ne sait pas si les bacilles Ducrey-Unna sont véritablement des facteurs du chancre mou, attendu que jusqu'à présent on n'a pas encore réussi à les cultiver avec certitude. Il est certain cependant qu'on a déjà obtenu le chancre typique d'inoculation par l'inoculation de cultures pures de différents micro-organismes. C'est ainsi que da Luca a obtenu

par inoculation de cultures pures de son micrococcus ulceris, des chancres typiques d'inoculation. Gibert par inoculation de staphylococcus aureus, des ulcères inoculables en générations. Mais avant tout il faut signaler les recherches de Welandér, qui a isolé, de la sécrétion de la vulve chez les femmes atteintes de papules syphilitiques et de bartholinite chronique, à plusieurs reprises un staphylococcus dont l'inoculation de culture pure donna des pustules et des ulcères semblables, au point de s'y méprendre, au chancre mou, qui restèrent auto-inoculables jusqu'à cinq générations. Ce même auteur a aussi obtenu des pustules d'un eczéma pustuleux des cultures pures d'un diplocoque inoculable en générations qui donna des chancres typiques d'inoculation.

Vu l'expansion énorme de ces micro-organismes pyogènes, des lésions même simples du tégument, surtout aux organes génitaux, ou des lésions superficielles occasionnées par d'autres processus morbides, peuvent être le point de départ de chancres mous, autrement dit de la production de pus inoculable.

A. Doyon.

Traitement du chancre mou. — A. NEISSER. *Bemerkungen zur Therapie des ulcus molle.* (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 778.)

Tout récemment, v. Herff a signalé l'action rapide et favorable de la cautérisation par l'acide phénique pur pour la guérison du chancre mou (chez la femme).

L'auteur emploie depuis longtemps cette méthode avec succès. Très souvent, il suffit d'une seule application. Jamais il n'a observé d'action nocive de l'acide phénique.

La cautérisation phéniquée a le grand avantage de ne jamais provoquer d'induration inflammatoire, comme cela a lieu avec le nitrate d'argent, et par conséquent de rendre le diagnostic douteux.

Après la cautérisation phéniquée, on applique d'ordinaire une pommade d'iodoforme à 1 p. 100, ou de la poudre d'iodoforme en pulvérisations avec de l'éther et on recouvre le tout avec une pommade de nitrate d'argent (2 p. 100 et baume du Pérou, 20 p. 100).

A. Doyon.

PEREZ ORTIZ. — *Tratamiento del chancro blando.* (*Revista de medicina y cirugía practicas.* Madrid 1894, 641.)

Les indications du traitement sont : 1° traiter la vésico-pustule initiale et la faire avorter si possible ; 2° atténuer la période d'état et la rendre moins infectieuse ; 3° veiller au processus de réparation.

a) *Vésico-pustule chancreuse.* — Lavage de l'ulcération et des parties voisines pour les débarrasser de tout agent étranger augmentant l'infection. Saupoudrer ensuite avec le mélange suivant :

Acide salicylique.....	} à 10 gr.
Iodoforme ou salol.....	

Recouvrir d'ouate hydrophile. Renouveler le pansement tous les jours. Les effets, de cette poudre et même, dans certains cas, de l'acide salicy-

lique seul, sont si favorables, qu'un chancre pris dans ses deux ou trois premiers jours, guérit en trois ou cinq jours. La poudre détermine une cautérisation antiseptique à la suite de laquelle survient une légère eschare; elle détermine une abortion beaucoup plus sûre que les autres procédés préconisés et elle a l'avantage de ne pas détruire autant de tissus, ce qui limite les voies d'absorption lymphatique.

b) Lorsque l'ulcération est confirmée, on la cautérise les deux ou trois premiers jours avec la poudre précédente, puis on la panse à l'iodoforme, à l'iodol ou au salol, ou mieux encore avec le mélange suivant qui n'irrite pas, comme cela se voit avec ces différentes poudres :

Hydrate de chloral	5 gr.
Camphre.....	5 —
Iodoforme.....	1 —
Glycérine	90 à 100 —

Pour pansements quotidiens avec de l'ouate hydrophile. Ce mélange peut être remplacé par une pommade salicylée à 10 p. 30.

c) L'auteur recommande pour obtenir la cicatrisation, la poudre de salicylate de bismuth.

Le véritable traitement spécifique du chancre simple est donc, dit-il, l'acide salicylique.

Quant au bubon, les moyens réputés abortifs échouent généralement. L'auteur recommande de l'ouvrir lorsque la suppuration s'est produite et de cautériser toute la surface au chlorure de zinc ou à la teinture d'iode.

PAUL RAYMOND.

E. FEIBES. — Zur Behandlung des Ulcus molle. (*Dermatolog. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 459).

Voici le mode de traitement préconisé par l'auteur :

Après avoir lavé très soigneusement le chancre avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, on pratique un raclage complet, on enlève avec des ciseaux courbes les bords décollés; l'hémorrhagie est très modérée, on l'arrête par la compression, ensuite la plaie est badigeonnée avec une solution de cocaïne, on la sèche et on frictionne ensuite à fond avec le sublimé. L'ulcère est de nouveau bien essuyé avec de l'ouate et recouvert d'onguent émollient. Après ce traitement la plaie prend un aspect grisâtre et il se forme bientôt une croûte adhérente. Il faut attribuer la formation de cette croûte à ce qu'on peut employer le sublimé sous une forme concentrée; il semble que dans ces conditions la résorption du sublimé devient impossible, et, sur plus de cent cas ainsi traités, il n'a jamais vu les plus légers symptômes d'empoisonnement, malgré l'étendue plus ou moins considérable des chancres. Quelques heures après l'opération on recouvre la partie ainsi traitée d'une couche épaisse de la pommade suivante :

Onguent de zinc de Wilson.....	15 gr.
Baume du Pérou.....	4 —
Nitrate d'argent.....	0,2 à 0,5 décigr.

On renouvelle le pansement toutes les trois ou quatre heures. Le plus

souvent le premier jour, rarement le second ou même le troisième, l'eschare se détache et il reste une plaie absolument nette qui se recouvre rapidement de granulations luxuriantes. Sous l'influence de cette pommade il y a, jusqu'à complète cicatrisation une sécrétion abondante plus ou moins séreuse.

A. DOYON.

Pus blennorrhagique. — C. POSNER et A. LEWIN. *Farbenanalytische Untersuchungen über gonorrhoeischen Eiter. Ein Beitrag zur Frage der eosinophilen Zellen.* (*Dermat. Zeitschrift*, 1894, t. I, p. 150.)

Les auteurs déduisent de leurs recherches les conclusions suivantes :

Le nombre des cellules éosinophiles dans le pus, au début de la blennorrhagie antérieure aiguë, comparé à leur proportion dans le sang, est extrêmement réduit.

La proportion des cellules éosinophiles atteint son maximum dans la troisième semaine.

La teneur du pus en cellules éosinophiles est très variable dans les affections de l'urèthre postérieur.

On ne constate pas de rapports entre la prostate ou la production de spermine et les cellules éosinophiles.

La quantité de cellules éosinophiles dans le pus blennorrhagique ne s'explique pas par l'état du sang, les lésions locales semblent plutôt jouer un rôle.

A. DOYON.

Gonocoque. — HENRY HEIMAN. A clinical and bacteriological study of the gonococcus (Neisser) as found in the male urethra and in the vulvo-vaginal tract of children. (*Medical record New-York*, 22 juin 1895, p. 769.)

Ce travail considérable est à la fois une revue sur l'état actuel des connaissances touchant le gonocoque de Neisser et un travail original de contrôle sur un très grand nombre de points actuellement encore discutés à son sujet.

Nous transcrivons d'abord ses conclusions :

I. — Je pense que le gonocoque (Neisser) ne se rencontre jamais dans l'urèthre normal de l'homme.

II. — Les diplocoques qui se rencontrent dans l'urèthre normal peuvent être positivement différenciés du gonocoque par la réaction de Gram.

III. — Je pense que le diplocoque décrit par Turro en connexion avec ses expériences sur les milieux acides n'est pas le gonocoque.

IV. — J'admets les conclusions de Wertheim. Cependant je trouve que le sérum extrait de l'hydro thorax est un meilleur milieu de culture que le sérum placentaire pour le gonocoque.

V. — Je trouve que l'urine gélosée n'est pas le milieu de culture idéal du gonocoque ainsi que l'a prétendu Finger.

VI. — La réaction de Gram est le seul témoignage absolu de différenciation du gonocoque et doit être employée dans tous les cas.

VII. — Le colorant le plus recommandable pour le gonocoque me paraît-être la solution alcoolique de violet-méthyle à 2 p. 100.

VIII. — Certaines observations touchant la découverte du gonocoque en diverses parties du corps telles que la bouche, le rectum, les cavités séreuses, peuvent être considérées comme bien douteuses puisqu'on ne les a appuyées ni de la recherche négative par la coloration de Gram, ni de la culture.

IX. — A l'état normal la région vulvo vaginale n'est jamais habitée par le gonocoque.

X. — En ce siège la réaction de Gram est le seul mode de différenciation valable du gonocoque et des diplocoques qu'on trouve dans les globules de pus de la muqueuse vulvo-vaginale malade.

XI. — Il y a raison de croire qu'il y a un microbe spécifique de la vaginite catharrale — ou bien le diplocoque de Bockhart ou celui de E. Franckel.

XII. — Dans la vaginite spécifique le gonocoque trouvé est l'identique du gonocoque de la blennorrhagie de l'urèthre de l'homme.

XIII. — Mes inoculations expérimentales sur l'urèthre de l'homme confirment le pouvoir pathogène spécifique du gonocoque de Neisser.

Toutes ces conclusions viennent corroborer les points qui semblent définitivement établis dans l'histoire du gonocoque. Deux méritent d'être principalement retenus :

1^o Le fait de la culture relativement facile du gonocoque dans le sérum de l'hydro thorax. Et l'obtention sur ce milieu mieux que sur tout autre essayé comparativement, de colonies plus florissantes, mieux vivantes et pouvant être indéfiniment transplantées.

2^o Le fait de l'inoculation positive (3 cas) à l'homme, de gonocoques provenant de cultures de *quatrième génération* et issues soit du pus de blennorrhagie uréthrale, soit de vulvo-vaginite des petites filles.

Il ne s'agit pas ici de blennorrhagies expérimentales arrêtées au troisième ou quatrième jour, mais de blennorrhagies qu'on a livrées à elles-mêmes, et qui ont reproduit la chaudepisse la plus intense avec pénitils.

Nous n'avons pas à discuter ici si ces expériences sont ou non légitimes, nous ne retenons que le fait scientifique. Et il faut reconnaître que l'expérimentateur s'est entouré de toutes les garanties désirables : examen et cultures avant et après l'inoculation uréthrale, etc.

Ce travail du reste en toutes ses parties : études bactériologique de l'urèthre normal et pathologique ; étude des cultures sur sérum placentaire, et sur milieux variés ; colorations ; étude bactériologique de la région vulvo-vaginale saine et malade ; inoculations du gonocoque à l'homme ; inoculations des diplocoques non pathogènes trouvés avec le gonocoque ; Inoculation du diplocoque de Turro etc. ; ce travail est une étude scientifique très sérieuse, très documentée, très bien conduite et que tout expérimentateur étudiant le même sujet devra connaître. R. SABOURAUD.

De la blennorrhagie au point de vue médico-légal. — A. NEISSER.
Forensische Gonorrhoe-Fragen. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1895. p. 133.)

C'est presque toujours le même fait qui se présente : un jeune homme

atteint de blennorrhagie est accusé d'avoir eu des rapports avec une jeune fille et de lui avoir communiqué sa maladie.

Le médecin de la famille déclare que la jeune fille a une blennorrhagie.

Le défenseur de l'accusé conteste cette déclaration, attendu qu'il n'a pas été fait d'examen microscopique, d'autant plus que le malade affirmait être parfaitement bien portant à l'époque de ses relations avec la jeune fille; il avouait il est vrai avoir eu autrefois une blennorrhagie. Neisser, appelé comme expert, eut à répondre aux quatre points suivants:

1° L'examen microscopique seul permet-il d'affirmer avec certitude l'existence d'une blennorrhagie?

2° A quel moment apparaît chez les femmes la blennorrhagie et quand au plus tard cette affection prend-elle des proportions permettant à la personne atteinte de s'en apercevoir?

3° La maladie de la jeune fille en question, en novembre 1893 et dans les mois suivants, était-elle une blennorrhagie provoquée seulement par infection?

4° L'accusé, autant que son état actuel de santé permet de l'établir, était-il au mois d'août 1893 atteint de blennorrhagie?

Sur le premier point, Neisser, d'accord en cela avec tous les spécialistes, déclare qu'on ne saurait rien affirmer sans examen microscopique, et l'absence de cet examen est d'autant plus regrettable quand il s'agit d'un cas de médecine légale. Pour dire d'une manière absolue qu'on a affaire à une blennorrhagie il faut pouvoir présenter une préparation microscopique.

Quant à la deuxième question, on ne saurait dire d'une manière positive quand une personne atteinte de blennorrhagie peut avoir conscience de son état morbide. Cette affection peut même évoluer sans provoquer de symptômes subjectifs. Il y a aussi des différences très marquées dans l'évolution et les symptômes suivant le siège de la maladie.

D'autre part, on sait que des blennorrhagies chroniques, des traces imperceptibles d'une blennorrhagie en apparence guérie provoquent très souvent des infections aiguës.

Fréquemment des femmes se marient et sont infectées bien que le médecin ait affirmé au mari que les restes de son ancienne blennorrhagie n'étaient plus contagieux. D'autre part, on sait que des hommes contractent des blennorrhagies aiguës avec des femmes qui sont déclarées saines après examen macroscopique et chez lesquelles souvent l'examen microscopique ne permet de reconnaître la présence de gonocoques ni dans les sécrétions de l'urèthre, ni dans celles du col, ni par les cultures. Ce fait tient au nombre très restreint de gonocoques qu'il est impossible de retrouver avec un petit nombre d'examen.

Sur la troisième question, l'auteur ne saurait dire si la maladie constatée en novembre 1893 et dans les mois suivants chez la jeune fille en question était bien une blennorrhagie. Il n'a pas trouvé il est vrai de gonocoques; d'une part, les micro-organismes ou n'existaient plus à ce moment, ou étaient en si petit nombre qu'ils échappaient aux recherches; de l'autre, la blennorrhagie avait pu guérir complètement, même sans traitement.

Quant à la quatrième question, de savoir si l'accusé était atteint de blen-

norragie, Neisser croit pouvoir répondre affirmativement, car l'examen microscopique a montré des restes incontestables de blennorrhagie, bien que les cultures soient restées sans résultat. Les bactéries qu'il a trouvées sont très probablement des gonocoques; elles leur correspondent comme forme, grosseur et coloration. En somme, l'auteur tient pour vraisemblable que la maladie qui existe encore dans l'urèthre de l'accusé est de nature infectieuse, au point qu'il ne pourrait donner le conseil de se marier à tout individu atteint d'une affection de ce genre.

On peut conclure de ce fait et des cas de ce genre que le résultat négatif de recherches microscopiques ne saurait prouver qu'il n'existe pas de gonocoques, mais que si d'autre part le résultat est positif il fournit aux juges un criterium d'une certitude absolue.

A. DOYON.

Uréthrite chez la femme. — VERCHÈRE. L'uréthrite glandulaire enkystée chez la femme; de l'origine des abcès périuréthraux. (*Presse médicale*, 25 mai 1895, p. 199.)

Verchère décrit pour la première fois chez la femme une lésion qui a été observée chez l'homme à la suite de la blennorrhagie et qui, ainsi que l'ont montré Guiard, Neelsen, Hallé et Wassermann, joue un grand rôle dans la production des rétrécissements uréthraux. Il s'agit de lésions suppuratives des glandes uréthrales, avec ou sans oblitération des canalicules enflammés et formation de kystes. Ces lésions s'accompagnent d'œdème de voisinage et aboutissent à la production d'une tuméfaction œdémateuse, de transparence gris rosé, occupant les parties latérales de l'urèthre et n'atteignant pas la partie supérieure du méat; son volume varie de celui d'une demi-noisette à celui d'une demi-noix. Si on explore l'urèthre par le vagin, on le sent dur, volumineux, roulant sous le doigt. Lorsqu'on l'incise, ce qui constitue le seul traitement efficace, on trouve un semis de petits kystes remplis de pus; l'examen bactériologique ne permet pas de constater l'existence du gonocoque qui a disparu. Il s'agit néanmoins de lésions d'origine blennorrhagique; leur profondeur montre que la blennorrhagie n'est pas justiciable dans tous les cas de l'antiseptie uréthrale seule.

GEORGES THIBIERGE.

Blennorrhagie utérine. — KOPYTOWSKI. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Gonococcen und anderen Bacterien im Secrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituirten. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 345.)

Le nombre des prostituées examinées par l'auteur est de 163, sur lesquelles 92 étaient atteintes de blennorrhagie; les 71 autres avaient d'autres affections, mais pas de blennorrhagie constatée cliniquement.

On recueillait la sécrétion du canal cervical chez la plupart des malades le jour même où elles quittaient l'hôpital.

Le tableau microscopique de la sécrétion était variable, toutefois il contenait constamment du mucus, de l'épithélium, des corpuscules de pus et parfois aussi des corpuscules sanguins. Quelquefois il y avait dans les

préparations des cellules rondes, très rarement des cellules cylindriques avec de gros noyaux qui se coloraient très fortement, et peu de protoplasma.

On ne trouvait pas toujours de bactéries, du moins elles n'étaient pas toujours très reconnaissables au microscope. Sur les 92 cas de blennorrhagie de l'utérus constatés cliniquement, il n'y avait de bactéries que dans 33 cas ; sur les 71 autres où le diagnostic clinique de blennorrhagie manquait, l'auteur reconnut des bactéries dans 35 cas.

Il n'y avait de gonocoques que dans 9 cas de la première catégorie ; dans deux ils étaient très nombreux. Dans les cas de la deuxième catégorie on ne trouva de gonocoques que dans 5 cas.

Outre les gonocoques, il existait d'autres bactéries de formes très variées sous le rapport de la longueur et de l'épaisseur.

En somme, chez les femmes en apparence saines, on trouve, immédiatement après la cessation de la blennorrhagie, dans le mucus de la cavité cervicale, 36 p. 100 de bactéries et 10 p. 100 de gonocoques. Chez les femmes qui n'avaient pas eu de blennorrhagie récente, le mucus cervical contenait 49 p. 100 de différentes bactéries et 70 p. 100 de gonocoques.

Le groupement de tous ces cas prouve que chez les prostituées tenues pour saines de par les règlements de police, on trouve des gonocoques dans 7 p. 100 des cas et différentes autres bactéries sans gonocoques dans 41 p. 100.

De ces faits il faut conclure que les prostituées qui sortent de l'hôpital et qu'en clinique on considère comme guéries de leur blennorrhagie, ne le sont en réalité que relativement.

En cherchant bien, en s'aidant du microscope et de tampons appliqués pendant la nuit, on constaterait que le nombre des guérisons vraies est très restreint. L'auteur avoue que ses recherches sont très incomplètes car il s'est contenté, pour faire le diagnostic, d'examiner la sécrétion au microscope ; pour des raisons indépendantes de sa volonté il n'a pu faire de cultures ; il croit néanmoins que dans les cas où les examens microscopiques n'ont pas décelé de gonocoques, des cultures auraient fourni un résultat positif et par suite les chiffres qu'il a donnés seraient trop faibles.

A. DOYON.

Cystite. — CASPER. Ueber Cystitis colli gonorrhoeica. (Dermat. Zeitschrift, 1894, t. I, p. 1858.)

Dans la cystite blennorrhagique aiguë du col, l'auteur conseille des irrigations dans l'urèthre postérieur, avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 1000, après injection préalable dans l'urèthre antérieur d'une solution de cocaïne à 3 p. 100. Il se sert d'une sonde élastique (du calibre 16 à 18, Charrière), et fait une injection avec une seringue contenant environ 100 gr. de la solution ci-dessus, tiédie.

Casper a toujours obtenu de très bons résultats avec cette méthode. Déjà, après une seule irrigation, les douleurs diminuent et disparaissent, l'hémorrhagie devient moins abondante ou cesse même assez souvent, la dysurie s'apaise, et l'urine s'éclaircit. Cette méthode est d'autant plus efficace que le cas est plus aigu.

A. DOYON.

Orchite. — A. ROUTIER. Orchite blennorrhagique suppurée; présence du gonocoque dans le pus. (*Médecine moderne*, 17 juillet 1895, p. 453.)

Homme de 35 ans, atteint de blennorrhagie depuis quatre jours; gonflement et rougeur du scrotum à gauche, avec douleurs très vives; puis, en même temps que les symptômes locaux s'accusent, fièvre avec grandes ascensions, amaigrissement et apparition d'un abcès au niveau de l'épididyme, quinze jours après le début de l'orchite; ce qui fait penser à une orchite tuberculeuse. Après l'ouverture de l'abcès, guérison rapide. Constata-tion du gonocoque dans le pus.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement de la blennorrhagie. — SCHAFFER. Ueber die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe. (Tirage à part de la *Munch. med. Wochenschrift*, 1895.)

Parmi les remèdes qui, en concentration convenable, peuvent tuer les gonocoques, il faut placer en première ligne le nitrate d'argent. Des nombreux remèdes expérimentés à la clinique de Breslau, c'est le sel lunaire qui a fait disparaître de la sécrétion uréthrale le plus rapidement et le plus sûrement les micro-organismes pathogènes. Ceci établi, il y a lieu de se demander à quel moment il faut commencer les injections. Si l'on tient compte de l'étiologie du processus morbide, il n'est pas douteux qu'il y a lieu d'intervenir le plus tôt possible pour empêcher les bactéries pathogènes d'envahir les couches épithéliales profondes, ou tout au moins de limiter leur introduction. Mais on sait que les gonocoques ont la propriété de pénétrer dès les premiers jours, non seulement les couches épithéliales profondes, mais aussi le tissu conjonctif. La présence de gonocoques dans le liquide de l'œdème du prépuce que v. Crippa a pu constater une semaine après l'infection, constitue une exception.

Dans des recherches sur l'œdème du prépuce peu de jours après le début de la blennorrhagie, l'auteur n'a pas réussi à trouver de gonocoques. L'époque de l'incubation remontait, dans ces cas, à six ou neuf jours. L'immigration rapide dans le tissu conjonctif serait donc une exception.

D'autre part, en intervenant de bonne heure on a toute chance d'empêcher le processus de gagner l'urèthre postérieur et d'éviter ainsi bien des complications. De plus, le traitement précoce diminue la durée de l'infectiosité.

Quant au traitement abortif, l'auteur n'en est pas partisan, surtout avec les solutions fortes préconisées par Diday; il préfère de beaucoup les solutions faibles, surtout celle de Neisser, 1 p. 3000.

Voici le procédé employé à la clinique de Breslau: dès qu'un malade entre avec un écoulement dans lequel on a constaté la présence des gonocoques, on lui fait quatre fois par jour une injection de nitrate d'argent 1 p. 3000. Cette solution pourra être plus concentrée dans les cas chroniques. Cette injection est faite à l'aide d'une seringue contenant 10 centim. cubes de liquide maintenus de trois à cinq minutes dans le canal.

Quant au traitement interne, il a surtout pour but de combattre les phénomènes inflammatoires.

L'urétrite postérieure est traitée à l'aide de la seringue de Guyon avec une solution de nitrate d'argent de demi à 1 p. 100.

La durée du traitement ne saurait être trop longue et doit être toujours basée sur l'examen bactériologique.

Cependant le nitrate d'argent a des inconvénients, il forme avec le chlorure de sodium et l'albumine des composés insolubles et il n'atteint pas les gonocoques situés dans la profondeur; il s'agissait donc de trouver une substance ayant les mêmes propriétés que le nitrate d'argent et pouvant pénétrer profondément dans les tissus.

L'auteur s'est alors servi de l'argentamine (phosphate d'éthylène argentodiamine) qui ne coagule pas l'albumine et ne produit pas de précipité avec le chlorure de sodium. Il présente ensuite un tableau indiquant l'action de différents parasitocides, tels que le nitrate d'argent, le sublimé, l'alunol, etc. sur les gonocoques. Ce tableau est absolument à l'avantage de l'argentamine. Ce nouveau remède a été employé à la clinique, à la polyclinique et dans la pratique privée du professeur Neisser, en solution de 1 p. 5000, à 1 p. 4000 pour l'urétrite antérieure, à 1 p. 10000 pour les lavages et à 1 p. 500 en instillation pour l'urèthre postérieur.

Les résultats ont été excellents dans la plupart des cas; notons cependant que la douleur est plus grande qu'avec le sel lunaire et provoque souvent une suppuration assez abondante. On peut dire, en somme, que l'argentamine constitue le plus énergique antiblebnerhagique actuellement connu.

A. DOYON.

Traitement de la blennorrhagie. Santal. — VALENTINE. Der Einfluss des Oleum Santali auf das Bacterienwachstum, insbesondere auf die Gonococcen. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 169.)

On sait que l'huile de santal prise à l'intérieur agit sur les affections blennorrhagiques de l'appareil génital en diminuant l'écoulement et en calmant les douleurs. L'huile de santal ne passe pas comme telle dans l'urine, on l'y retrouve sous forme de santalate de soude. Les expériences ayant pour but d'étudier l'influence de l'huile de santal sur les gonocoques et bactéries de la flore uréthrale doivent donc se faire avec le santalate de soude, et l'auteur pour étudier l'action de ce sel sur les gonocoques a soumis à de nouvelles recherches les milieux nutritifs usuels des gonocoques, notamment l'agar-urine.

Après avoir obtenu avec la méthode de l'agar-urine 5 résultats positifs dans 12 cas, positifs en ce sens qu'il se développa sur la culture les colonies translucides connues en forme de gouttelettes, après avoir constaté que ces colonies représentaient des cultures pures de gonocoques à formes caractéristiques, se décolorant par la méthode de Gram, l'auteur n'a pas inoculé ces cultures dans l'urèthre et a considéré ses résultats comme acquis.

Pour les autres expériences il a procédé de la façon suivante : d'une

part il a employé comme milieu de culture l'urine de malades qui avaient pris pendant plusieurs jours de l'huile de santal et il a ensemencé ce milieu avec leurs propres gonocoques; d'autre part, il s'est servi de sa propre urine comme milieu de culture après avoir pris trois fois par jour 1 gram. d'huile de santal pendant 6 à 8 jours et il l'a ensemencé avec la sécrétion blennorrhagique de sujets atteints de blennorrhagie aiguë depuis environ 8 jours à 3 semaines.

Sur 9 expériences faites méthodiquement de cette façon, il a obtenu trois fois des cultures pures de gonocoques.

A côté de ces gonocoques l'auteur a constaté que les autres bactéries de la flore uréthrale présentent un développement luxuriant sur ce milieu contenant de l'huile de santal.

En résumé, un remède, dont l'efficacité antiblennorrhagique est démontrée par la pratique, semble ne pas avoir une action spécifique sur les gonocoques. Peut-être la réaction de l'urine modifiée par le santalate de soude a-t-elle une grande influence sur le développement des gonocoques.

A. DOYON.

Alumol, comme antiblennorrhagique. — CHOTZEN. Alumol ein Antigonorrhoeum. (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 207.)

Contrairement aux assertions de Casper et Samter, l'alumol aurait, selon l'auteur, une action spéciale contre la blennorrhagie, ainsi qu'il résulte de ses nombreuses recherches.

L'alumol, outre son action toxique sur les gonocoques, a encore des propriétés astringentes.

L'auteur a traité avec l'alumol 294 malades atteints d'uréthrite, dont 171 d'uréthrite blennorrhagique. Sur ce nombre 88 ont été débarrassés des gonocoques, dès la première semaine.

On a constaté l'action astringente de l'alumol dans 239 cas; les filaments disparurent dès la première semaine dans 82 cas.

Chotzen instituait le traitement par l'alumol aussitôt que possible. Dans l'uréthrite antérieure il a employé une solution d'alumol de 1 à 2 p. 100 avec laquelle on faisait une injection de 6 centim. cubes six fois par jour les trois premiers jours, ensuite trois fois. Après la disparition des gonocoques on n'avait plus recours qu'à une solution de demi à un quart p. 100.

Dans l'uréthrite postérieure on pratiquait des instillations d'après le procédé d'Utzmann avec une solution de 1 à 5 p. 100 ou des injections de lanoline et d'alumol de 2 et demi à 10 p. 100 à l'aide de la seringue de Tommasoli.

Les résultats auxquels Chotzen est arrivé avec l'alumol l'autorisent à le recommander comme un agent antiblennorrhagique très efficace.

A. DOYON.

Prophylaxie de la blennorrhagie. — BLOKUSEWSKI. Zur Verhütung der gonorrhoeischen Infektion beim Manne. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1895, p. 325).

L'auteur conseille le procédé suivant, qu'il a expérimenté avec succès

chez un grand nombre d'hommes ; aussitôt que possible, jusqu'à environ un quart d'heure après le coït, on instille, après miction préalable, deux à trois gouttes d'une solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent dans la fosse naviculaire ; peu de temps après (un quart de minute) on peut faire un lavage avec de l'eau. S'il n'était pas possible d'uriner on ferait un lavage pour enlever la sécrétion qui se trouve dans le canal.

Chez quelques individus, la sécrétion vaginale peut facilement adhérer au frein et sur les côtés et arriver ensuite de là dans l'urèthre ou dans les conduits pré ou para-uréthraux. Il faut prendre avec la pointe du verre une partie de la goutte qui se trouve au-dessus de la fosse naviculaire et la mettre en contact avec la région du frein.

Cette solution n'entraîne aucune irritation de la muqueuse, ainsi que l'auteur a pu le constater chez plus de cinquante hommes à la clinique de Lassar avec des solutions argentiques de 2 à 3 p. 100.

L'auteur a fait construire un compte-gouttes spécial dont on peut, après avoir écarté une partie de l'enveloppe métallique, faire sortir des gouttes en pressant sur une lame de caoutchouc.

A. DOYON.

Prophylaxie de la blennorrhagie. — A. NEISSER. Ueber Versuche zur Verhütung der gonorrhoeischen Urethralinfection. (Tirage à part de la *Deutsche mediz. Zeitung*, 1895.)

Bon nombre d'hommes ont l'habitude, dans un but de préservation, d'uriner aussitôt que possible après le coït. Mais c'est là un procédé absolument inefficace ; le jet d'urine n'a aucune action désinfectante et ne saurait chasser mécaniquement les gonocoques qui adhèrent à la surface de la muqueuse. Pendant l'érection les glandes de l'urèthre sécrètent un mucus visqueux qui contribue à faire mieux adhérer les gonocoques à la muqueuse. Peut-être y a-t-il aussi du sperme dont on n'a pas jusqu'à présent étudié l'action sur la croissance des gonocoques.

La réaction acide de l'urine balayant l'urèthre ne joue aucun rôle ; en effet les gonocoques se développent très bien dans un terrain de culture acide ; d'autre part Jadassohn a démontré que, immédiatement après l'émission d'urine acide, il y a une réaction alcaline dans l'urèthre.

Hausmann a autrefois proposé d'injecter après chaque coït, à l'aide d'une seringue, une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. Ce procédé, à coup sur radical, tue momentanément les gonocoques, mais les phénomènes d'irritation qu'il provoque sont en réalité si violents que cette méthode est inapplicable.

L'auteur recommande donc d'avoir recours à la méthode indiquée par Blokusewski qui consiste aussi à employer une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, non en injection mais seulement en instillation de une à deux gouttes dans l'urèthre un peu entr'ouvert en le pressant avec les doigts. On laisse tomber une troisième goutte sur le frein pour détruire les gonocoques qui auraient pu rester sur la surface externe.

Des expériences de laboratoire faites sur des cultures de gonocoques ont montré que les solutions plus faibles ne donnaient pas de résultat, tandis qu'avec la solution à 2 p. 100 on avait au bout de 5 secondes fait disparaître toute trace de développement des gonocoques.

Bien que Neisser n'ait pas de statistique à présenter, il croit pouvoir recommander théoriquement ce procédé comme très pratique et n'ayant aucun inconvénient.

Ce procédé n'offre évidemment aucun inconvénient, car on sait depuis longtemps que des instillations de nitrate d'argent à 2 ou 3 p. 100 ne provoquent pas d'inflammation dans le canal; mais les auteurs ne nous disent pas à quel signe ils reconnaissent qu'il a été efficace et que sans son intervention les sujets auraient contracté la blennorrhagie. A. DOYON.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Sang dans la syphilis. — W. REISS. Ueber die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 207.)

Les recherches de l'auteur l'ont amené aux conclusions suivantes :

Les corpuscules rouges du sang subissent une légère diminution déjà dans la période de la syphilis primaire. La diminution augmente au début de l'éruption et s'accroît constamment à partir de ce moment. La diminution du nombre des cellules persiste encore un certain temps après le début du traitement.

Les leucocytes ne sont pas modifiés dans la période de la syphilis primaire, on ne constate qu'une leucocytose relative. A partir du début des accidents secondaires, il y a augmentation constante du nombre des leucocytes.

Parmi les corpuscules blancs du sang, ce sont surtout les lymphocytes qui subissent une augmentation considérable.

La diminution de la teneur en hémoglobine peut s'observer dès la première semaine après l'apparition de la sclérose et va constamment en s'accroissant à partir de ce moment. L'apparition de l'exanthème n'exerce pas la moindre influence sur la diminution de l'hémoglobine.

Les globules rouges augmentent peu à peu pendant le traitement mercuriel; après une cure prolongée, leur nombre est plus grand qu'avant la période éruptive.

Le nombre des leucocytes va constamment en diminuant, à partir du début de la médication hydrargyrique; la cure terminée, la proportion des globules rouges retombe en général au chiffre normal.

La diminution des corpuscules blancs du sang, après institution du traitement, porte surtout sur les lymphocytes.

La teneur en hémoglobine augmente dès le début du traitement mercuriel et redevient d'ordinaire normale après une cure intensive. Le traitement prolongé au delà d'un certain point n'augmente plus la proportion d'hémoglobine, souvent il la diminue.

Le rapport entre les corpuscules rouges et les corpuscules blancs du sang subit de fortes oscillations à toutes les périodes de la maladie, même au cours du traitement. A. DOYON.

Sang dans la syphilis. — J. Justus. Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung. (Tirage à part des *Archives de Virchow*, 1895, t. 140.)

On admet, en général, que la proportion d'hémoglobine dans le sang diminue sous l'influence de la syphilis, pour augmenter de nouveau après la disparition des symptômes spécifiques. On ne peut jamais avec certitude prétendre qu'un chiffre plus bas en hémoglobine soit la suite de la syphilis, car il est très possible que ce chiffre corresponde à la teneur normale en hémoglobine d'un individu, ou bien que la proportion de pigment ait diminué sous d'autres influences que celle de la syphilis : il suffit de se rappeler l'action des logements insalubres, de certaines professions, d'une nourriture insuffisante, de la tuberculose.

Dans les cas non traités pendant longtemps, et chez lesquels on aurait dû observer cette diminution graduelle de l'hémoglobine par suite de la syphilis, l'auteur ne l'a pas toujours trouvée. Les malades atteints de lésions primaires entraient souvent à la clinique avec des chiffres très élevés et en un temps plus ou moins long la teneur en hémoglobine diminuait, chez d'autres elle ne changeait pas. La nature de la lésion primaire, l'étendue de la sclérose ou du chancre, le degré d'intumescence des ganglions n'ont aucune influence.

Dans les cas avec symptômes secondaires, on peut soutenir d'une manière générale qu'il y a une concordance entre la proportion de pigment et la gravité des accidents; cependant il n'en est pas toujours ainsi, cette règle est encore moins vraie dans la syphilis tertiaire. Il est évident pour l'auteur que la proportion d'hémoglobine ne concorde ni avec l'extension ou l'intensité de la syphilis cutanée, ni avec la gravité des altérations internes, mais presque exclusivement, au contraire, avec l'état général de nutrition du malade. En un mot, l'observation des malades non traités ne permet pas de trancher la question de savoir si le virus de la syphilis exerce une influence sur le contenu d'hémoglobine dans le sang. L'auteur s'est ensuite préoccupé de rechercher ce que devient l'hémoglobine chez des individus soumis au traitement.

Si dans le cours d'une cure mercurielle, la proportion d'hémoglobine dans le sang s'élève, et si cette augmentation marche parallèlement avec l'amélioration des symptômes visibles de la syphilis, on est en droit d'en conclure que la diminution antérieure du pigment était due à l'action du virus syphilitique, car le traitement spécifique n'a d'influence salutaire que sur les symptômes provoqués par la syphilis.

En somme, il est permis de conclure d'après de nombreuses observations que la syphilis non traitée diminue plus ou moins la teneur en hémoglobine. Cette diminution persiste plus ou moins suivant la gravité de la maladie pour disparaître lentement avec la régression des symptômes. Quand par des injections ou frictions il pénètre beaucoup de mercure dans l'organisme, la teneur en pigment baisse sensiblement et brusquement. Si l'on continue le traitement, cette proportion augmente notablement et atteint un degré très supérieur à celui constaté avant le traitement. Dès que

l'hémoglobine commence à augmenter dans le sang, il y a parallèlement guérison des manifestations syphilitiques existantes.

Partant de là, l'auteur se demande quelle est la signification de ces faits. On a pensé dès le début que le sang devait être le véhicule du virus, mais ce n'est que de nos jours qu'on a commencé à se demander si le sang, véhicule du virus, n'était pas lui-même atteint.

Pour établir ce diagnostic, il faut avoir recours aux frictions hydragyriques, aux injections de sel de mercure. S'il y a des signes de régression, on a évidemment affaire à la syphilis. Déjà dès le début du traitement, on assiste à l'abaissement caractéristique de la teneur en hémoglobine, c'est-à-dire à un moment où les manifestations morbides sur la peau ou dans un autre organe ne présentent encore aucun changement. Cette réaction peut constituer un moyen auxiliaire important pour fixer le diagnostic. Ce phénomène, d'après les recherches de l'auteur, ne s'observerait pas chez les sujets indemnes de syphilis.

Quand il n'y a pas de résultat positif, faut-il exclure la syphilis? Les courbes de la teneur en hémoglobine prouvent qu'il n'est pas possible dans ces cas-là d'éliminer la syphilis, car si le sujet a suivi une cure mercurielle depuis peu de temps, il ne se produira chez lui aucun abaissement d'hémoglobine. Si, spontanément ou par suite du traitement, les symptômes cutanés ou ceux présentés par d'autres organes évoluent vers la guérison, le sang a perdu la possibilité de réagir; le sang est, en effet, de tous les organes celui qui guérit le premier.

A. DOYON.

Syphilis en Russie. — DINA SANDBERG. Syphilis im Russischen Dorfe. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 389.)

L'auteur, M^{me} Dina Sandberg, a fait de nombreuses recherches sur la syphilis dans les villages russes; en voici les conclusions: 20,6 p. 100 de tous les malades traités à la consultation gratuite sont des syphilitiques; en réalité, la proportion des syphilitiques est beaucoup plus considérable que celle des autres malades; on peut considérer la syphilisation de la population comme achevée dans quelques villages.

La syphilis est répartie d'une manière uniforme parmi les hommes, les femmes et les enfants.

Parmi les adultes, la syphilis tertiaire est presque trois fois plus fréquente que la syphilis secondaire; cette dernière prédomine chez les enfants (58 p. 100, plaques muqueuses, et 42 p. 100, gommès).

Plus de la moitié (presque 60 p. 100) des malades atteints de plaques muqueuses parmi les enfants sont des nourrissons âgés de moins d'un an; il s'agit, par conséquent, presque exclusivement de syphilis héréditaire; après la première année de la vie, la syphilis tertiaire reprend le dessus également chez les enfants.

La période secondaire chez les adultes a une marche relativement bénigne et les malades ont recours au médecin beaucoup plus rarement que dans la période tertiaire. Chez les adultes, les plaques muqueuses ont dix fois plus souvent leur siège dans la cavité buccale que sur les organes génitaux; chez les nourrissons, l'anus est le siège de prédilection.

Les chancres indurés observés étaient tous extra-génitaux (la source d'infection n'a pu être établie que dans un cas).

La proportion des lésions gommeuses est un peu plus grande chez les femmes que chez les hommes. En général, la syphilis a, chez les femmes, une évolution plus grave que chez l'homme.

Près d'un tiers (31 p. 100) de tous les symptômes tertiaires ont pour point de départ le système osseux ; plus du tiers (39 p. 100) des affections osseuses sont localisées sur le tibia.

Les troubles syphilitiques tertiaires les plus graves de la peau, des yeux, des systèmes osseux et cartilagineux s'observent chez les femmes ; par contre, les affections les plus sérieuses du système nerveux et des organes parenchymateux se rencontrent chez les hommes.

La syphilis du système nerveux est plus fréquente et présente des formes beaucoup plus graves chez l'homme que chez la femme. Même au point de vue purement symptomatique, la syphilis est une maladie qui exige plus que beaucoup d'autres l'intervention médicale ; les syphilitiques forment l'élément le plus ponctuel et le plus reconnaissant parmi les malades des consultations gratuites.

Étant donnés les conditions économiques existantes, l'état intellectuel et la culture des paysans, le traitement de la syphilis est seul possible mais non sa prophylaxie. Le meilleur moyen de combattre cette maladie est de rendre accessible à la population l'assistance médicale.

Un ambulatorium sans aucun caractère spécial, même sans établissement hospitalier, est une arme puissante pour combattre la syphilis. Dans les pays où cette maladie est déjà enracinée, le défaut d'assistance médicale est si fortement ressenti par la population que les paysans, surtout les femmes, sont prêts à sacrifier leurs dernières ressources pour avoir l'aide médicale seulement à proximité.

Le traitement rationnel de la syphilis sera bienfaisant pour la population, même au point de vue économique, en rendant ses membres malades au travail et à la vie, et en transformant les parias en membres utiles de la famille ; il peut y avoir aussi une importance pédagogique en provoquant la confiance des masses populaires en la science et les personnes instruites.

A. DOYON.

M^{me} KHOLEVINSKAIA. — Compte rendu de l'examen des prostituées à la foire de Nijni-Novgorod pendant l'année 1894. (*Wratsch*, 1895, n^o 16 et 17, p. 438 et 471.)

Communication faite à la Société de syphiligraphie et de dermatologie.

Il y avait en tout 566 femmes inscrites au bureau médical ; toutes avaient été examinées ; il y eut en tout 5,286 examens pendant 30 séances (ce qui fait en moyenne 176 examens par jour).

La plupart des malades (74 p. 100) sont des paysannes, et âgées de 15 à 20 ans (43 p. 100). Sur les 566 plus d'un tiers étaient atteintes ; la plupart de ces cas se rapportaient aux premiers jours d'examen ; 50 p. 100 des syphilitiques avaient été reçues immédiatement après le premier examen : l'autre moitié présentait des récidives pendant le séjour

à la foire ; très peu d'entre elles y ont pris la syphilis. Il y eut 65 syphilitiques, c'est-à-dire 4,83 p. 100 du nombre des prostituées ; sur ce chiffre, deux seulement avaient des chancres ; toutes les autres présentaient des symptômes de la période secondaire.

Le chancre mou a été constaté 30 fois sur 27 femmes, et la blennorrhagie 73 fois.

En terminant l'auteur s'élève contre le manque d'un service analogue dans l'autre faubourg de la ville, Kounavine, où cependant la prostitution fleurit à peu près autant qu'au faubourg Samokat où ce service existe ; on est obligé de faire l'examen médical dans les maisons de prostitution ; or dans ces conditions il est fort difficile de le faire convenablement.

M^{me} Kholevinskaia insiste aussi sur la nécessité d'introduire l'examen médical obligatoire des chanteuses de cafés-concerts qui font de la prostitution clandestine et parmi lesquelles la syphilis et la blennorrhagie sont très fréquentes. Il serait à désirer, dit l'auteur, que le Département médical se charge de cette surveillance médico-sanitaire et s'occupe du choix des médecins inspecteurs, de la régularisation de ces services, de l'établissement des bureaux médico-sanitaires, etc. S. BAOÏDO.

La syphilis à Budapest. — L. TÖRÖK. Die Verbreitung der Syphilis in Budapest und ihre Prophylaxe. (*Archiv. f. Dermatol. u. syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 409.)

En 1894, Budapest comptait 552,000 habitants. De ce nombre, il faut retrancher les enfants âgés de moins de 12 ans et les vieillards ayant plus de 70 ans, c'est-à-dire $103,687 + 9,207 = 112,894$. Il reste donc 440,000 individus dont la moitié, 220,000, sont des hommes. Parmi la population mâle de 12 à 70 ans, 4 à 5,3 p. 1000, soit en moyenne 1,023 individus sont infectés chaque année de la syphilis. Parmi les habitants des deux sexes, et d'après l'évaluation la plus faible 2,5 à 2,9 p. 1000, soit en moyenne 1,188 personnes, sont atteintes chaque année.

La prophylaxie de la syphilis exige diverses mesures, dont une partie se rapporte à la prostitution. Une des sources principales de l'infection syphilitique à Budapest est, en effet, la prostitution, et la prostitution enregistrée, placée sous la surveillance de la police, soumise au contrôle des médecins du service sanitaire.

Voici, d'après l'auteur, quelles seraient les mesures à prendre contre la propagation de la syphilis :

Construction d'un institut bien installé avec salles de visite dans chaque quartier de la ville.

Nomination comme directeur de chaque institut d'un médecin rémunéré d'une façon en rapport avec un travail aussi important et aussi pénible, qui serait assisté au besoin par un ou plusieurs médecins.

Visites gratuites chaque jour, à heures fixes.

Chaque prostituée sera tenue de se présenter à la visite deux fois par semaine, à l'heure indiquée. Celles chez qui on aura constaté la syphilis seront examinées trois fois chaque semaine pendant les trois années suivantes. Pour ces prostituées, il y aura, par conséquent, un troisième

jour de visite. Sur les feuilles de présence des prostituées munies de leur photographie et des notes personnelles nécessaires, on inscrira à chaque visite : l'état des surfaces recouvertes de poils, de la peau, des ganglions lymphatiques, de la cavité bucco-pharyngienne, des organes génitaux et enfin de la région anale. L'obligation d'une description détaillée conduit involontairement à un examen plus minutieux.

Le directeur de l'institut se fait amener immédiatement par la police les prostituées ne répondant pas à l'appel, et inflige éventuellement une punition.

Toute prostituée, chez qui l'on constate la syphilis, un chancre mou ou une blennorrhagie, est immédiatement conduite dans un hôpital, en lui laissant le temps strictement nécessaire pour arranger ses affaires sous la surveillance de la police.

Le médecin du service sanitaire visite une fois chaque semaine les habitations des prostituées pour le contrôle de la propreté et des conditions hygiéniques.

Deux fois par semaine, il donne des consultations gratuites pour les maladies vénériennes avec remise de médicaments.

Török regarde aussi comme important le contrôle des médecins chargés de ce service, comme l'ont demandé Diday, et, auparavant, Martin et Belhomme, Mireur et d'autres. Ce contrôle pourrait être fait deux ou trois fois par an par un ou plusieurs spécialistes expérimentés.

D'après ce qui précède, on voit que, selon l'auteur, la prostitution doit être aussi publique que possible, c'est-à-dire accessible au contrôle médical, tandis que la prostitution clandestine doit être poursuivie sous quelque forme qu'elle se montre. Mais l'examen médical doit se pratiquer de façon à constituer réellement une protection de la population contre l'extension de la syphilis. Avec la manière dont cet examen se pratique aujourd'hui à Budapest, ses résultats, dit Török, sont insignifiants et bons tout au plus à fournir des arguments aux abolitionnistes.

D'autre part, il importe que les médecins possèdent les connaissances nécessaires concernant le diagnostic et le traitement de la syphilis. Mais en Hongrie l'enseignement de la syphiligraphie et de la dermatologie est défectueux. L'installation de la clinique de Klausenburg est très primitive ; la chaire est inoccupée depuis la mort du professeur Geber. Budapest n'a pas de clinique universitaire de dermatologie.

Le professeur Schwimmer a appelé depuis longtemps, mais sans succès, l'attention sur l'importance de cette chaire. Aussi l'auteur demande-t-il avec instance que l'étude de la dermatologie soit rendue obligatoire et qu'on nomme un professeur ordinaire de dermatologie avec une clinique bien organisée.

Les places de médecin du service sanitaire ne devraient être confiées qu'à des médecins ayant suivi pendant six mois une clinique dermatologique et deux mois au moins une clinique gynécologique, et pouvant produire un certificat témoignant qu'ils possèdent une instruction pratique suffisante.

Enfin il faut augmenter les services hospitaliers où sont reçus les vénériens.

Il est nécessaire aussi d'abolir les dispositions légales, d'après lesquelles les membres des caisses d'assurance contre la maladie ne reçoivent pas de secours alimentaires, quand ils sont malades à la suite de « débauche », car il importe avant tout, au point de vue de la prophylaxie, de faire disparaître le plus tôt possible, chez les malades, les lésions contagieuses. Si donc, un membre de ces caisses d'assurance est atteint d'une maladie vénérienne, et incapable de travailler, il faut, pour le guérir le plus rapidement possible, l'exempter de son travail et lui fournir des ressources alimentaires. Bien des auteurs, et, en dernier lieu Blaschko, ont déjà insisté sur ce point.

A. DOYON.

Prostitution; maisons publiques. — W. MIEHE. Ueber den Einfluss der Kasernirung der Prostituirten auf die Ausbreitung der Syphilis. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 91.)

Si l'on compare au point de vue de l'extension des maladies vénériennes les pays et villes où les prostituées sont casernées et ceux dépourvus de maisons publiques (autant qu'il est permis de conclure d'après les statistiques), la comparaison n'est nullement défavorable aux maisons publiques. L'auteur se demande comment en Allemagne, en cas du rétablissement éventuel des maisons publiques, il faudrait réglementer la prostitution pour endiguer autant que possible les maladies vénériennes.

En premier lieu, il faut revenir à l'ancienne proposition qui a été faite aux congrès internationaux de médecine de Paris et de Vienne.

Étant donnés les rapports de plus en plus actifs entre les peuples civilisés, la réglementation internationale de la prostitution aurait une grande importance. Ce sont surtout les relations maritimes de plus en plus fréquentes qui comportent de grands dangers. Selon Töply 139 p. 1000, des hommes d'équipage en moyenne ont été atteints de maladies vénériennes.

Chaque année (de 1873 à 1882), l'Angleterre a été ainsi tellement contaminée qu'elle est devenue l'un des foyers les plus dangereux de la syphilis et qu'elle en exporte plus qu'elle n'en importe. Il faudrait tout d'abord pousser à une réglementation dans les principales villes maritimes par voie internationale, puis pourvoir à une hospitalisation aussi large que possible des équipages contaminés en route. L'auteur montre ce qu'on peut obtenir en ce sens par différentes statistiques. A Calcutta, par exemple, 328 p. 1000 des troupes y stationnant étaient contaminés en moyenne chaque année de 1859 à 1869, tandis que de 1869 à 1879, pendant la réglementation, il n'y en avait plus que 12,7 p. 1000. Il signale ensuite la fréquence énorme de la maladie (plus de 200 p. 1000), chez les matelots des bâtiments allemands en station dans l'Asie Orientale. Le meilleur moyen de lutter contre la propagation serait encore, dans ces cas, l'établissement de maisons publiques et un contrôle sanitaire énergique des prostituées.

Il exprime les mêmes desiderata en ce qui concerne les relations continentales. Sur les frontières il y aurait beaucoup à faire contre l'extension de la syphilis par des mesures internationales relatives à l'hospitalisation des malades indigents, l'émigration des prostituées etc.

Il en serait de même pour les grandes villes de garnison, les réunions de troupes et les camps, les grandes accumulations d'ouvriers ; les maisons publiques seraient le meilleur moyen d'empêcher la prostitution clandestine et de protéger la population contre la contamination.

L'auteur entre ensuite dans de grands détails sur le mode de contrôle soit des filles publiques, en maison, soit habitant isolément, ainsi que sur les différentes réglementations.

En résumé, selon le Dr Miehe, le casernement des prostituées est l'un des moyens les plus sûrs et les plus énergiques d'empêcher la propagation de la syphilis.

Ce n'est pas le seul, mais seulement un anneau de la longue chaîne des moyens tendant à ce but.

Ce n'est un moyen nécessaire qu'en certaines places et dans des conditions déterminées.

A. DOYON.

Injectons intra-veineuses de sublimé. — DINKLER. Ueber die Wirkung und Verwendbarkeit der von Bacelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjectionen. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 382, 410 et 437.)

Sur 50 syphilitiques soignés à la clinique médicale d'Heidelberg (24 hommes et 26 femmes) de juin à octobre 1894, 9 (8 hommes et 1 femme) ont été traités par les injections intra-veineuses de sublimé d'après la méthode de Baccelli.

L'auteur donne l'observation détaillée de ces neuf malades. Quant à la valeur thérapeutique de la nouvelle méthode, il admet, avec Baccelli, Blaschko et d'autres auteurs, que les injections intra-veineuses de sublimé déterminent une guérison plus sûre et plus rapide des processus syphilitiques qu'avec les autres méthodes. Leur action aux différentes phases de la syphilis paraît en général l'emporter sur les cures énergiques de frictions et le traitement local simultané. En outre, ses observations de l'autorisent à penser que les phénomènes tertiaires sont plus faciles à modifier que les secondaires par des cures d'injection. Pour entrer dans le détail, les syphilides papulo-maculeuses et psoriasiques, les condylomes larges, les inflammations de la gorge, ainsi que les scléroses initiales, sont notablement améliorés à la fin de la première semaine de traitement ; les exanthèmes pâlisent (dans un des cas cités par l'auteur, des roséoles au bout de trois injections), les infiltrats sont en régression, les condylomes sont moins sécrétants, moins hyperhémisés et plus plats. Les amygdales, les piliers palatins se détergent, les ulcères de la cavité buccale se cicatrisent, les lésions primaires entrent rapidement en régression, l'engorgement de la rate et des ganglions disparaît.

Leur influence paraît s'exercer le plus rapidement sur les exanthèmes, la céphalée. Par contre, la lymphadénite des différents paquets ganglionnaires est plus rebelle et persiste plus longtemps qu'avec les autres cures ; il en est de même des lésions spécifiques de la peau, des muqueuses. Si l'on compare l'action du traitement par les frictions joint à un traitement local parallèle (calomel, eau salée, application de sublimé,

cautérisations avec le nitrate d'argent) avec les effets des injections intra-veineuses de sublimé, ces dernières l'emportent sur les premières en rapidité. L'avantage apparaît surtout à propos des accidents secondaires et tertiaires des muqueuses. On le comprend assez bien, étant donné le mode d'introduction du mercure dans l'organisme : le sublimé circule dans le sang évidemment en quantité beaucoup plus abondante avec une injection intra-veineuse qu'avec toutes les autres méthodes de traitement qui reposent sur l'absorption du mercure à travers les lymphatiques et qui par conséquent dépendent, au point de vue de leur action thérapeutique, de l'activité durable du système lymphatique. L'auteur est de l'avis de Baccelli qui pense qu'un des avantages principaux du traitement intra-veineux réside dans son action énergique et efficace sur les parois vasculaires, très prédisposées aux altérations syphilitiques.

Quelque séduisants que soient ces côtés de la méthode de Baccelli : l'action rapide et efficace pour le traitement de la syphilis, néanmoins il y a des ombres au tableau et en grand nombre, aussi il ne nous est pas possible de recommander de prime abord et sans restriction cette méthode en thérapeutique. D'abord peu d'individus possèdent des veines suffisamment superficielles et larges pour être soumis au traitement des injections intra-veineuses. De plus, il se produit régulièrement, comme des expériences sur les lapins l'ont montré, des thromboses dans les veines, d'abord limitées aux parois de ces organes et aboutissant ensuite à une obturation complète. Il faut alors interrompre la cure ; d'autre part d'autres complications sont possibles (embolies, thromboses dans les autres organes, difficultés dans la circulation veineuse). Un inconvénient plus important est celui-ci : l'immunité donnée par le traitement intra-veineux contre une nouvelle attaque du processus syphilitique ne dure que peu de temps ; déjà après un à trois mois il y a eu des récidives graves dans trois cas ; trois autres cas sont restés sans récidive, il est vrai que dans un de ces derniers cas on a joint le traitement des frictions ; trois cas n'ont pu être suivis. En somme, il est infiniment probable que le danger d'une récidive est plus à redouter avec la méthode de Baccelli qu'avec celle des frictions. Blaschko a fait la même observation. L'action ne dure pas, la raison en est très probablement dans l'élimination extraordinairement rapide du mercure. D'après Blaschko, déjà quatorze jours après une cure d'injections intra-veineuses, il n'y a plus de mercure dans l'urine, pendant que ce métal circule encore des semaines et des mois avec toutes les autres méthodes. D'après ce qui précède on peut conclure que la méthode inaugurée par Baccelli pour le traitement de la syphilis, quelque rationnelle qu'elle paraisse, ne saurait remplacer les autres modes de traitement (cure par les frictions, injections sous-cutanées). Les avantages sont : action rapide et efficace. Les inconvénients sont : impossibilité de l'appliquer chez certains malades, danger de thromboses, tendance aux récidives. Aussi il ne faut recommander ce traitement que quand il s'agit des formes rapidement envahissantes de la peau et des muqueuses, aussi et surtout dans les cas graves de syphilis du système nerveux central. En raison de l'action rapide de ce traitement, on l'emploiera dans ces cas-là et seulement comme introduction au

traitement antisypilitique, on fera huit ou dix injections pour parer aux premiers dangers et on continuera par des frictions hydrargyriques. Dans des cas absolument désespérés, on pourrait peut-être employer simultanément les injections et les frictions, mais bien entendu les premières en nombre très limité.

A. DOYON.

Professeur M. STOUKOWENKOFF. — Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de mercure en solution. (*Meditzinskiôï Obozrenië*, 1895, n° 18, p. 477.)

Les conclusions de l'auteur sont basées sur l'observation de 30 malades auxquels il a fait 564 injections ; ces injections lui ont permis de vérifier les données qu'il considère comme base du traitement mercuriel et qu'il a exposées au Congrès de dermatologie de 1894 à Lyon.

Ses observations peuvent être divisées en trois groupes : 1) Malades auxquels on injectait dans les veines de faibles doses de sublimé, doses qui, d'après les nombreuses communications, auraient un effet très considérable ; 2) Malades à injections de doses graduellement croissantes ; 3) Malades auxquels on injectait d'autres solutions mercurielles que le sublimé et en quantité correspondant à celles que l'auteur emploie pour les injections hypodermiques de sel mercuriel ne coagulant pas l'albumine (benzoate de mercure).

Les accidents inflammatoires provoqués parfois par les injections cédaient rapidement aux pansements humides ; la phlébite mettait un à deux mois pour guérir ; elle s'observait plus souvent et était plus marquée avec l'emploi de solutions concentrées de sublimé qu'avec le benzoate. La quantité maximale injectée à chaque séance était de 2 centim. cubes de la solution, la quantité maximale de mercure introduit était donc de 9 milligr. avec l'emploi du sublimé, de 10 milligr. avec le benzoate de mercure.

L'auteur a constaté que si le mercure est introduit directement dans le sang, il agit dès la première injection ; son élimination par le rein est en rapport direct avec la quantité introduite dans les veines ; tandis que l'élimination par les glandes sudoripares est, dans l'injection intra-veineuse, comme dans l'hypodermique, égale à l'élimination par les reins : des quantités égales d'urine et de sueur contiennent la même quantité de mercure.

Au point de vue des résultats thérapeutiques, les observations de malades atteints de gommès et de papules n'étant pas encore suffisamment nombreuses, M. Stoukowenkoff ne donne pour le moment que les résultats obtenus chez les malades qui n'avaient que des roséoles et il constate que la marche de ces dernières est très favorablement influencée par le traitement ; l'effet est d'autant plus rapide que la dose est plus grande. On peut dire que la quantité de mercure introduite dans le sang et l'intensité de son introduction sont les deux éléments principaux qui rendent compte des résultats obtenus par la thérapeutique mercurielle, hypothèse que l'auteur a émise il y a déjà un an.

En terminant, l'auteur conclut que :

1) La rapidité de l'effet thérapeutique du mercure est directement pro-

portionnelle à la dose journalière et en rapport inverse avec le temps employé.

2) La dose de mercure employée par jour est inversement proportionnelle à la quantité totale de mercure nécessaire pour le traitement, et à la durée de ce dernier.

3) La dose moyenne de mercure introduite dans le sang à chaque séance doit, pour donner des effets rapides, être d'environ dix milligrammes (dose pharmacologique). Des quantités inférieures ou minimales (1 milligr.) produisent un effet beaucoup moindre, ou bien agissent beaucoup plus lentement, ou enfin n'agissent pas du tout.

4) La quantité maximale du mercure métallique injecté dans les veines ne doit pas, pour une période de traitement, dépasser en moyenne 260 milligr.

5) Contrairement à l'avis de Bacelli, la quantité de mercure nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique n'est pas moindre avec l'introduction intra-veineuse, qu'avec les injections sous-cutanées d'un sel de mercure qui ne coagule pas l'albumine.

6) Il n'est point démontré que le sublimé est le sel le meilleur pour les injections intra-veineuses; on trouvera peut-être d'autres sels qui y conviendront mieux.

Les accidents qui arrivent parfois et qui rendent l'emploi des injections intra-veineuses un peu difficile (phlébites, abcès, thromboses, etc.) ne sont certes imputables qu'à un défaut de la technique; il est probable qu'avec le perfectionnement de cette dernière, ces accidents passeront dans le domaine de l'histoire, de même que le sont déjà passées la gangrène, la douleur, etc., dans les injections hypodermiques. Pour le moment, ce qu'il y a de plus important comme résultat des injections intra-veineuses, c'est que ce procédé a donné la mesure de la quantité de mercure nécessaire à introduire dans le sang pour obtenir le résultat thérapeutique cherché.

La comparaison de cette quantité avec celle qu'on emploie avec les autres modes de traitement, doit servir de moyen d'appréciation de chaque mode de traitement donné.

S. Brodno.

Intoxication mercurielle. — G. LEWIN. Zwei weitere Fälle von Intoxication nach der Injection von unlöslichen Quecksilbersalzen. (*Charité Annalen*, t. XVIII.)

Il s'agit de deux nouveaux cas d'intoxication à la suite d'injections de sels insolubles de mercure.

Cas I. — Fille de 25 ans. Syphilis en 1892. Après une cure d'injections de salicylate de mercure, il survint une récidive pour laquelle on fait de nouveau des injections avec l'oxyde jaune de mercure; après la sixième injection: douleurs abdominales, vomissements de masses verdâtres, selles diarrhéiques de même couleur. Bientôt ces évacuations deviennent sanguinolentes, toutefois pas de sang liquide. En même temps, stomatite intense et ulcérations. Un traitement approprié fit cesser ces accidents.

CAS II. — Ce cas concerne un homme de 45 ans atteint de syphilis, auquel on fit une injection d'oxyde jaune de mercure 0,5 p. 15. Localement, sur des gommès ulcérées, application d'un emplâtre hydrargyrique. Huit jours après l'injection les ulcères étaient en voie de guérison, mais il y avait une telle stomatite (tuméfaction des gencives, salivation abondante) qu'on suspendit les injections de sels insolubles et à des intervalles de deux à quatre jours on fit trois demi-injections de sublimé, donc 0,006 de sublimé. Malgré les soins les plus scrupuleux de la bouche la salivation augmenta, de sorte qu'on cessa même l'emploi local du mercure. Ce n'est qu'au bout de quatre semaines d'un traitement local énergique que les lésions buccales (ulcères, salivation) cédèrent.

En somme, dans ces deux cas, notamment dans le dernier, les manifestations de l'intoxication étaient sérieuses. Sans doute, on s'est rendu maître de l'empoisonnement, mais il y a dans la science des cas analogues qui se sont terminés par la mort.

A. DOYON.

REVUE DES LIVRES

G. LEWIN et J. HELLER. — *Die Sclerodermie*. Brochure gr. in-8° de 235 pages, avec deux planches. Berlin, 1895, A. Hirschwald.

Cet ouvrage est un traité complet de la sclérodermie. Les auteurs ont rapporté en les résumant 475 observations de malades qu'ils ont trouvées dans la littérature médicale.

Ils ont ajouté à ce nombre quelques faits encore inédits, ce qui donne un chiffre total de plus de 508 cas.

Comme fréquence ils indiquent pour 435 malades 292 femmes et 139 hommes, dans 4 cas le sexe n'est pas indiqué; c'est de 30 à 40 ans que la sclérodermie s'observe le plus souvent.

Cette affection est en général rare dans les hôpitaux. A la Charité de Berlin les auteurs ont relevé 1 cas de sclérodermie environ pour 19,000 malades, pour 1,800 maladies de la peau. Mürzin et Mansuroff indiquent 1 cas pour 1,000 malades atteints de dermatoses.

Lewin et Heller exposent ensuite en un court résumé les opinions des auteurs sur la pathogénie de la sclérodermie.

Horteloup avait émis l'hypothèse qu'elle était provoquée par une contraction permanente des fibres lisses des muscles. A. Heller croit, en tenant compte de quelques autopsies dans lesquelles on a constaté l'occlusion du canal thoracique, que la stase de la lymphe est le point capital. Hebra, Kaposi, Hollefreund, Bernhardt et Schwabach, Rassmussen, Lassar, Collin, Köbner, eu égard à la présence de cellules jeunes de tissu conjonctif dans les gaines périvasculaires des lymphatiques et dans les interstices de tissu, sont disposés à admettre une stase lymphatique et un processus semblable à l'éléphantiasis, peut-être même (Rassmussen) identique.

Forget, Fiedler, Grisolle, Lagrange, Chiari, Rindfleisch, Förster, Pasturaud, Birch-Hirschfeld, etc..., voient dans la sclérodermie une inflammation du chorion se terminant par induration et rétraction.

Selon Zambaco-Pacha la sclérodermie est une forme de transition de la lèpre.

Les partisans de la genèse nerveuse de la sclérodermie sont nombreux. Eulenburg admet une maladie névropathique générale, Rosenthal une névrite, Schwimmer une affection du sympathique, Schultze une myélite chronique.

Mendel, Kaposi, Arnozan placent dans une maladie des vaisseaux l'origine de la sclérodermie.

L'analyse de tous les cas a conduit Lewin et Heller à cette conviction que la sclérodermie est une angionévrose qui peut dépendre du système nerveux central. Chez quelques malades les auteurs ont trouvé un nervosisme héréditaire, une prédisposition à l'hystérie, aux psychoses. Dans 21 cas ils ont constaté une localisation symétrique de la sclérodermie.

A l'autopsie ils ont relevé l'épaississement des méninges, l'induration partielle des circonvolutions cérébrales, la dégénération des racines antérieures, la sclérose de la moelle, etc...

Comme preuve de la participation du centre vaso-moteur ils signalent l'apparition fréquente de la rougeur comme premier symptôme de la maladie; si la sclérodermie existe déjà et si elle s'étend à d'autres territoires la rougeur se manifeste de nouveau comme premier symptôme du retour du processus. Quand même il existe une seule plaque à marche progressive, dans la zone périphérique on constate toujours de la rougeur par suite de la paralysie des vaso-moteurs.

Une conséquence de la dilatation des vaisseaux est l'élévation de la température (Neumann et Mossler). Si ultérieurement il survient des lésions vasculaires après de l'endartérite la température de la peau s'abaisse. Dans 68 cas les auteurs ont noté cet abaissement de la température.

La paralysie des vaso-moteurs entraîne la dilatation des vaisseaux qui a pour conséquence le ralentissement du courant sanguin. Il en résulte ultérieurement une altération de la paroi vasculaire permettant la transsudation du sérum; c'est la période oedémateuse de la sclérodermie qui amène plus tard l'induration, le symptôme caractéristique de cette affection, et ensuite par la compression des vaisseaux, l'atrophie; la peau peut devenir mince comme du papier.

Les pigmentations dans la sclérodermie dépendraient aussi essentiellement, selon les auteurs, de lésions des vaso-moteurs. Le pigment provient de la transformation des corpuscules rouges du sang des vaisseaux ainsi altérés.

La maladie des centres trophiques explique une autre partie des symptômes. La desquamation de la peau, les modifications dans la croissance des poils, les lésions des ongles, la tendance de la peau aux processus ulcératifs s'expliquent aussi par l'altération des vaisseaux. L'ouvrage se termine par un Index bibliographique très complet. A. Doyon.

G. POVARNINE. — Le gonocoque dans la blennorrhagie. (Thèse de Saint-Petersbourg.)

L'auteur a fait l'examen microscopique de la sécrétion uréthrale de 321 malades atteints des formes diverses de blennorrhagie simple ou compliquée; dans trois quarts des cas seulement, les gonocoques avaient été constatés; dans les autres cas, la présence du micro-organisme en question n'a pu être démontrée. Aussi M. Povarnine divise-t-il ses observations en deux groupes :

A. *Blennorrhagie avec gonocoques.* — Le pus blennorrhagique est surtout riche en gonocoques au début, puis leur nombre diminue de plus en plus, et, vers la cinquième semaine du séjour des malades à l'hôpital, on n'en trouve plus du tout dans la sécrétion uréthrale; cette disparition peut être considérée comme signe de guérison prochaine.

La persistance des gonocoques dans le pus est surtout prolongée dans la blennorrhagie qui s'accompagne de complications viscérales [(6,19 semaines), surtout si l'on compte parmi ces complications les cystites catarrhales (7,08 semaines)], et dans les cas invétérés (5,14 semaines).

Les complications non viscérales ne paraissent pas être en rapport avec la dissémination des gonocoques, puisque ces derniers disparaissent vers la cinquième semaine dans ces cas comme dans les autres. Pendant les récidives les gonocoques disparaissent vers la fin du quatrième septénaire; la guérison survient vers la septième semaine, c'est-à-dire plus rapidement que pour la première blennorrhagie, où la guérison ne survient qu'au bout de deux mois et demi. Les globules de pus s'observent pendant toute la durée de la maladie, diminuent vers la fin et augmentent de nouveau en cas de rechute. L'épithélium pavimenteux se trouve en faible quantité pendant toute la durée et dans tous les cas de gonorrhée, en plus grand nombre pendant les exacerbations. L'épithélium cylindrique se trouve plus rarement et indique une lésion des parties profondes de l'urèthre; il apparaît surtout au moment des complications et sa quantité est alors considérable dès le début.

En dehors du gonocoque on trouve encore, vers le quatrième septénaire et pendant deux ou trois semaines, d'autres micro-organismes; mais dans la moitié des cas seulement ils sont nombreux; on rencontre surtout les diplo-bâtonnets, des bâtonnets gros et courts, d'autres fins et de longueur moyenne, des diplocoques, des streptocoques et des cocci simples; mais leur quantité est toujours plus faible que celle des gonocoques dont le nombre est en rapport direct avec l'intensité des phénomènes inflammatoires. S'il faut dans tous ces cas attribuer la maladie à des micro-organismes, ce n'est que les gonocoques qu'on peut incriminer.

B. *Blennorrhagie sans gonocoques*. — La durée de la maladie est en moyenne moindre que dans les cas précédents; il en est de même du nombre des globules de pus, d'épithélium pavimenteux et cylindrique, rencontrés dans le pus; le nombre de microbes autres que le gonocoque est le même que dans les cas de la première série, si l'on ne tient pas compte dans ces derniers des gonocoques qui ne se trouvent pas à l'intérieur des cellules. — Ces micro-organismes secondaires se montrent et disparaissent une ou deux semaines plus tôt que dans la blennorrhagie à gonocoques. Dans 25,88 p. 100 des cas de blennorrhagie sans gonocoques, on trouve dans le mucus, et parfois pendant très longtemps, des cocci ressemblant morphologiquement aux gonocoques; tous les autres microbes n'ont été constatés que dans 25,8 p. 100. Tous ces micro-organismes ne peuvent être considérés que comme des saprophytes et nullement comme cause de la blennorrhagie, ainsi que le prouvent l'observation et les recherches faites à propos de vingt malades atteints d'affections diverses du prépuce et du gland.

S. Bnoïbo.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES MÉMOIRES ET ARTICLES ORIGINAUX

	Pages
ADENOT. — De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées.....	617
AUDRAIN (J.). — Contribution à l'étude de la pelade. — Valeur des cheveux cassés.....	874
AUDRY. — Sur la résorption angioplastique de l'épithélium cutané.....	513
CHATINIÈRE (H.). — Expériences sur la toxicité de l'urine des lépreux tuberculeux.....	204
CHEINISSE (L.). — Chancres syphilitiques multiples consécutifs au tatouage.....	1
COPPEZ voir HENNEBERT.	
DARIER (J.). — Sur un nouveau cas de dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans).....	97
DARIER (J.). — Lupus de la langue; lupus papillomateux avec dégénérescence hyaline.....	631
DUBREUILH (W.). — Contribution à l'étude clinique et anatomique de la verrue plantaire.....	441
DUBREUILH et FRÈCHE. — L'Actinomycoïse dans le sud-ouest de la France.....	788
ETIENNE, voir SPILLMANN.	
FRÈCHE, voir DUBREUILH.	
GRASS (JULES) et TÖRÖK (L.). — Un cas d'exfoliation lamelleuse des nouveau-nés (ichthyosis sebacea de Hebra).....	104
HALIPRÉ, voir NICOLLE.	
HALLOPEAU. — Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique et la cause prochaine de ses localisations.....	1093
HENNEBERT et COPPEZ. — Exophtalmie due à un syphilome de la fosse ptérygo-palatine.....	193
JEANSELMÉ. — Troubles trophiques dans la blennorrhagie.....	525
KREFTING. — Sur un cas de dermatite exfoliatrice généralisée compliquée d'une sarcomatide cutanée multiple.....	1098
LEREDDE. — Le lichen plan, à forme bulleuse. — Eosinophilie. — Nature du lichen plan.....	637
LEREDDE et PERRIN. — Anatomie pathologique de la dermatose de Duhring.....	281, 452
LEREDDE, voir TENNESON.	
MENAREM HODARA. — Contribution à l'étude des grands leucocytes monoclutaires. Y a-t-il des cellules plasmatiques (plasmazellen) dans les organes hématopoïétiques normaux de l'homme.....	856

MIBELLI. — Sur la pluralité des trichophytons.....	733
MONCORVO. — Sur trois nouveaux cas d'éléphantiasis congénital.....	965
MOREIRA (J.). — Saturnisme et syphilis maligne.....	521
NÉKAM. — Quelques considérations sur la disposition et la fonction des fibres élastiques de la peau.....	109
NICOLLE et HALIPRÉ. — Maladie familiale caractérisée par des altérations des cheveux et des ongles.....	804
PERRIN, voir LEREDDE.	
RASCH (C.). — Note sur deux cas de papillomes multiples bénins de la muqueuse buccale ; leurs rapports avec les verrues communes des mains.....	6
RICHARD D'AULNAY. — Chancres de la sous-cloison du nez.....	989
RIOBLANC. — Sur un cas de psoriasis vaccinal.....	880
SABOURAUD. — Sur la pluralité des trichophytons : réponse au mémoire du professeur Mibelli.....	757
SACK (ARNOLD). — Note sur le tissu adipeux.....	458
SPILLMANN et ÉTIENNE. — Polynévrites dans l'intoxication hydrargyrique aiguë ou subaiguë.....	991
TENNESON et LEREDDE. — De l'acné kératique.....	285
THIBIERGE (G.). — Le traitement thyroïdien du psoriasis.....	760
THIBIERGE (G.). — De l'hydrocystome.....	978
TÖRÖK, voir GRASS.	
TROUSSEAU. — La kératite interstitielle dans la syphilis acquise.....	201
WICKHAM (L.). — Sur un signe pathognomonique du lichen de Wilson. Stries et ponctuations grisâtres.....	517

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

A

ABADIE, 358, 373.
 ABBOTT CANTRELL, 75.
 ACHARD, 500.
 ADENOT, 617.
 ALBERS, 1044, 1055.
 ALBERT, 546.
 ALEXANDRE, 814, 1052.
 ALINGRIN, 946.
 AMICIS (DE), 435.
 ANFIMOFF, 707.
 ARNOZAN, 493.
 ARNSTEIN, 429.
 ASCH, 135.
 ASCORNET, 1193.
 ASHMEAD, 92.
 ASTACHEWSKY, 241.
 AUCHÉ, 245, 892.
 AUDRAIN, 874.
 AUDRY, 513, 678, 680, 681.
 AUGAGNEUR, 130.
 AZUA, 170.

B

BADÈS, 507, 731.
 BAGARRY, 949.
 BAILLY, 941.
 BALDET, 936.
 BALLI, 302, 664.
 BALZER, 183, 378, 483.
 BAR, 951, 1156.
 BARBE, 26, 27, 123, 302, 567, 994.
 BARRIER, 949.
 BARTHÉLEMY, 351, 574, 1145.
 BAYET, 495.
 BEAU, 1187.

BEHREND, 52.
 BEIER, 74.
 BELL, 610.
 BENDA, 697.
 BENNET BRONSON, 710.
 BÉRARD, 1188.
 BERDAL, 944, 950.
 BERNHEIM, 77.
 BESNIER (E.), 649, 853.
 BÉZY, 891.
 BIGGS, 838.
 BLASCHKO, 51, 61, 695, 812, 814.
 BLOCK, 591.
 BLOOM, 715.
 BODIN, 261.
 BOECK, 420, 592, 828.
 BOGOLIUBOFF, 850.
 BONNEMAISON, 945.
 BORZECKI, 269.
 BOSCH, 418.
 BOTÉY, 613.
 BOUCHER D'ARGIS DE GUILLERVILLE,
 1083.
 BOURGSDORF, 423.
 BOVERO, 504.
 BRAU, 419.
 BRAULT (J.), 33, 34, 676.
 BREDÀ, 48, 417, 495.
 BREIER, 255.
 BROEZ VAN DORT, 488.
 BRONSON, 577.
 BROOKS, 603.
 BROUSSE, 892, 1152
 BRUHNS, 958.
 BRUN, 260.
 BRYANT, 718.
 BUFFON, 1190.

BURCI, 269.
 BURLANDO, 504.
 BURNSIDE FOSTER, 841.

C

CAMPANA, 956, 1157, 1158.
 CANOVA, 1084.
 CARRA, 1087.
 CARRIÈRE, 892.
 CARRUCCIO, 264.
 CASOLI, 492.
 CASPARY, 134.
 CASPER, 1217.
 CASTANEDA, 77.
 CATHELINÉAU, 24.
 CERCHEZ, 49.
 CHABROL, 1197.
 CHAMPENIER, 310, 667.
 CHAMPIONNIÈRE, 893.
 CHAPUIS, 95.
 CHARBIER, 508.
 CHASTANET, 1114.
 CHATINIÈRE, 204.
 CHAUFFARD, 895.
 CHAUVIÈRE, 944.
 CHEINISSE, 1.
 CHEVKI, 1114.
 CHIARI, 584.
 CLAUDE, 567, 671, 1154.
 COHN, 276.
 COLOMBINI, 502.
 COPPEZ, 96, 193.
 COURTOIS SUFFIT, 845.
 CRARY, 83.
 CRISAFULLI, 492.
 CUTLER, 578.

D

DANILLO, 1057.
 DANLOS, 14, 120, 471, 550, 553.
 DARDIGNAC, 595.
 DARIER (J.), 97, 117, 464, 631, 643,
 655, 901, 995, 997, 1060, 1159.
 DARKSCHEWITSCH, 848.
 DAUNIC, 952.
 DEFORINE, 94.
 DEFRAANCE, 942.

DETCHART, 1082.
 DIKRONOFF, 69.
 DINKLER, 272.
 DJORITH, 948.
 DOMEQ, 949.
 DOUTRELEPONT, 434.
 DREYSEL, 712.
 DROBINK, 835.
 DUBREUILH, 248, 253, 263, 266, 318,
 355, 419, 423, 441, 592, 788, 891.
 DU CASTEL, 12, 112, 117, 211, 295,
 340, 342, 461, 479, 533, 535, 647,
 652, 1015.
 DUHRING, 490.
 DU MESNIL DE ROCHEMONT, 842.
 DUTOURNIER, 945.
 DYER, 73.

E

ECHEVERRIA, 726.
 EGGETT, 600.
 EHLENS, 352.
 EHRMANN, 235.
 ELENEFF, 1086.
 ELIASBERG, 502.
 ELLIOT, 577, 710, 713, 955.
 ELSENBERG, 80.
 EMERY, 1119.
 ENGEL-REIMERS, 1054.
 ERAUD, 392.
 ESMARCH (von), 824.
 ETIENNE, 78, 162, 613, 644, 991.
 EUDLITZ, 28, 31, 124, 125, 558, 559.
 EWALD, 1051.

F

FABRY, 158.
 FAGUET, 245.
 FARRAR, 92.
 FEIBES, 1212.
 FELICIANI, 267.
 FEULARD, 32, 219, 339, 364, 367, 530,
 565, 653, 1024.
 FINGER, 50, 88, 729.
 FISCHEL, 240, 598.
 FLINT, 1205.
 FORDYCE, 950.

FOUBARD, 939.
FOURNIER (A.), 23, 1000, 1133, 1134,
1137.
FOURNIER (Edmond), 848.
FOUTREIN, 1191.
FRANCK, 712, 1054, 1055.
FRANTZEN, 699.
FRÈCHE, 267, 788.
FRINOWSKI, 706.
FUNK, 265, 530.

G

GAIDE, 1192.
GALEZOWSKI, 126, 300, 390, 572, 1142.
GALLAIS, 78.
GALLIARD, 894, 896.
GALLOT (Alphonse), 1181.
GAMBERINI, 510.
GASTOU, 8, 296, 314, 347, 376, 412,
483, 531, 1009.
GAUCHER, 26, 27, 123, 302, 310, 567,
664, 667, 671, 896, 959.
GAULEJAC, 948.
GAUTIER, 1194.
GAVINO, 41.
GEBERT, 149.
GENSER, 688.
GERVAIS, 946.
GEVAERT, 592.
GHOM, 88.
GILETTI, 963.
GIOVANNINI, 49.
GIRAudeau, 510.
GLAGOLEFF, 177.
GOTTHEIL, 181.
GOUKZ, 1089.
GRABOWSKI, 850.
GRADENIGO, 423.
GRASS, 104.
GRIGORIEFF, 708.
GRIMM, 814.
GRIVET, 1186.
GRIVTZOFF, 849.
GRUNDZACH, 265.
GUERTZENSTEIN, 1057.
GUIBÉ, 1090.
GUIDA, 830.
GUILLEMOT, 660.

GUILLOUD, 947.
GUMPERTZ, 818.
GUTTENTAG, 75.

H

HALIPRÉ, 675, 804.
HALLOPEAU, 16, 22, 43, 113, 118,
121, 213, 222, 292, 305, 331, 380,
388, 473, 480, 482, 538, 540, 545,
649, 655, 660, 1016, 1021, 1093,
1110, 1111, 1141.
HANSEN, 64.
HARALAMB, 1148.
HARTMANN, 1154.
HARTZELL, 84.
HAUSHALTER, 94, 899.
HEBRA (Hans von), 66.
HEIMAN, 1213.
HEITZMANN, 1199.
HELLER, 165, 817, 1233.
HENNEBERT, 193.
HENRIC, 1188.
HEYSE, 166.
HIRSCH, 165.
HOBBS, 499.
HOCK, 56.
HOWARD A. SOTHROP, 589.
HOWARD A. KELLY, 608.
HULOT, 937.
HYDE (J. N.), 956.

I

IHLE, 168.
ISATSHIK, 502.
ISTOMANOFF, 68.

J

JACKSON (G. Thomas), 83.
JACQUINET, 1085.
JAKOVLEFF, 705.
JARISCH, 1206.
JAYLE, 950.
JEANSELME, 113, 222, 305, 525, 1016.
JEVTZKI, 586.
JONA, 506.
JONNART, 1088.
JOSEPH (Max), 187, 239, 697, 698.

JULLIEN, 51, 1034.

JUSTUS, 1223.

K

KALINDERO, 507.

KALZENELLENBOGEN, 943.

KAPOSÍ, 48, 50, 63, 236, 254, 583,
686, 688, 898, 899, 1044.

KHOLEVINSKAIA, 1225.

KLIPPEL, 508.

KLOTZ, 577.

KNICKENBERG, 163.

KÖBNER, 722, 724.

KOCH (F.), 271, 846.

KOEHLER, 153.

KOHN, 235.

KÖNIGSTEIN, 233.

KOPITOWSKI, 1216.

Koudrevetski, 703.

Koudriavsky, 1056.

KoulNIEFF, 242.

Kouskoff, 507.

Kozłowski, 1233.

KRAL, 258.

KREFTING, 94, 1098.

KROISING, 191.

KURT PASSARGE, 190.

KUSEL, 706.

L

LACAVALERIE, 940.

LACHOWSKI, 1085.

LAGRANGE, 890, 893.

LANG, 55, 65, 686.

LANZ, 90, 268.

LARDEUX, 941.

LARINI, 161.

LASCH, 172.

LASSAR, 53, 133, 498, 812, 822.

LAVRAND, 248.

LEBLANC, 1082.

LE DAMANY, 16, 213, 292, 380, 538, 540.

LE DANTEO, 245, 425.

LEDERMANN, 166, 237, 698, 821.

LE GENDRE, 894, 895.

LEGRAIN, 682.

LEISTIKOV, 169, 244, 426.

LENOBLE, 1156.

LEREDDE, 207, 222, 281, 285, 369,
452, 473, 534, 554, 637, 1035, 1038.

LESSER, 831.

LEVET, 1088.

LÉVY (H.), 935.

LEWIN (G.), 239, 246, 610, 700, 701,
702, 820, 821, 964, 1091, 1232.

LEWIN (W.), 421, 506.

LEWIN (A.), 1213.

LIE, 716.

LIEBREICH, 719.

LILDEN BROWN, 608.

LINDEN, 175.

LÖVEL, 892.

LOUIS (F.), 941.

LUBLINSKI, 136.

LUKASIEWICKZ, 150.

LYDSTON, 612.

M

MACREZ, 1021, 1141.

MAIEFF, 71, 588.

MAJOCCHI, 151.

MALHERBE, 943.

MALLORY, 589.

MANNY (de), 948.

MANSILLA, 170.

MARCANO, 262.

MARSHALCO, 274.

MARTIN (Edward), 715.

MARX, 511.

MASSARY (de), 1155.

MATHIEU, 732.

MAUGUE, 942.

MAZARAKIS, 940.

MAZZA, 91.

MEISSNER, 238, 819, 956.

MELOT, 1183.

MENEAU, 395, 431, 499.

MENDEL, 11, 12, 208, 210, 562.

MENAHEM HODARA, 433, 574, 839, 856.

MERLIER, 1087.

MERMET, 1155.

MIBELLI, 409, 594, 733, 804.

MICHE, 1228.

MICHEL (A.), 935.

MILTON HARTZELL, 490.

MIRAMOND (Francis), 1180.

MIXTER, 591.
 MONCORVO, 965.
 MONDOT, 1197.
 MONESTIÉ, 938.
 MONOD, 482, 545, 655.
 MORDAGNE, 1197.
 MOREIRA, 521, 955.
 MOREL-LAVALLÉE, 325.
 MORROW (P.-A.), 79, 730.
 MORTON, 82.
 MOSCA, 426.
 MOSSÉ, 892, 951.
 MOURATOFF, 509.
 MOUREK, 161, 259.
 MOURZINE, 77.
 MOUSSOUS, 891.
 MRACEK, 282.
 MÜNCH, 261.

N

NAMMACK, 847.
 NARATH, 231, 579.
 NARJOUX, 1186.
 NEEBE, 431, 605, 609, 833.
 NÉGRÉ, 890.
 NEISSER, 41, 264, 429, 438, 729.
 NÉKAM, 109.
 NEUBERGER, 253, 269.
 NEUHAUS, 500.
 NEUMANN, 60, 66, 173, 235, 236, 578, 582, 583.
 NICOLLE, 675.
 NOBL, 60, 64, 66, 67, 581, 837.
 NUNEZ, 83.

O

OESTREICH, 54.
 OPPLER, 712.
 ORHN, 76.
 ORO, 176, 426, 487.
 ORTIZ, 1211.
 OUSSAS, 70, 704.
 OZENNE, 51

P

PALM, 812.
 PAUCHET, 938, 1154.
 PAUL, 816.

PAVIOT, 892.
 PAVLOFF, 704, 830, 831.
 PELLIZZARI, 190, 279, 280.
 PENNING, 265.
 PERONI, 504.
 PERRIN (C.), 936.
 PERRIN (Léon), 222, 281, 369, 452, 1038.
 PETER (W.), 419, 427.
 PETERSEN, 69, 829, 1057.
 PETRINI, 504.
 PICCOLI, 249.
 PICK, 59.
 PICQUÉ, 1184.
 PIQUET, 1184.
 PILLIET, 1154.
 PIROGOFF, 488.
 PITRES, 91.
 POPOFF, 849.
 PORTER, 179.
 POSNER, 1213.
 POSPELOW, 511, 584.
 POTIER, 1155.
 POUZOL, 1089.
 POVARNINE, 1235.
 PROKSCH, 961.
 PRYOR, 604.

Q

QUATTRO CIOCCHI, 501.

R

RAMBO, 83.
 RASCH, 6.
 RAVOGLI, 44.
 RAYNAUD, 108, 227.
 RÉGIS, 847.
 REISNER, 248, 262.
 REISS, 1222.
 RENAULT, 896.
 RENDU, 896.
 RESPIGHI, 156, 270, 593.
 REYMOND, 1155.
 RICHARD D'AULNAY, 989.
 RIEHL, 56, 61, 233.
 RILLE, 685.
 RIOBLANC, 880.
 ROBINSON, 578.

ROCAZ, 890.
 ROCHON, 95.
 RODIONOFF, 244.
 ROLLET (Etienne), 225.
 RONDELLI, 503.
 RONZIER-JOLY, 1196.
 ROSENBERG, 237.
 ROSENTHAL, 237, 698.
 RONDELLI, 503, 1198.
 ROUANET, 846.
 ROUTIER (A.), 1217.

S

SAALFELD, 155, 698, 699, 724, 812, 817.
 SABOURAUD, 463, 733, 963.
 SABRAZÈS, 892.
 SACAZE, 171.
 SACK, 458.
 SAINT-PHILIPPE, 893.
 SALMON, 331, 388.
 SANDBERG, 92, 1224.
 SANGSTER, 1204.
 SAVILL, 41.
 SCARENZIO, 505.
 SCHAFFER, 606, 1218.
 SCHALENKAMP, 608.
 SCHAMBERG, 727.
 SCHARFF, 1206.
 SCHAPER, 689.
 SCHATALOFF, 585.
 SCHEYER, 489.
 SCHIFF, 62.
 SCHIPEROVITSCH, 588.
 SCHIRREN, 276, 508.
 SCHLAGENHAUFER, 88.
 SCHLESINGER, 582.
 SCHOEMAKER, 1209.
 SCHOLZ, 136.
 SCHREIBER, 819.
 SHTANGUIEFF, 487.
 SCHULZE, 833.
 SCHUTTE, 436.
 SCHUTZ, 154, 413, 493.
 SCHWARTZ, 487.
 SCHWIMMER, 40, 45, 61.
 SEDERHOLM, 76.

SEIFERT, 430.
 SERGENT, 310, 671.
 SHERWELL, 76.
 SIREDEY, 894.
 SIRENA, 613.
 SIMONOVSKI, 708.
 SINGER, 57.
 SOURDILLE, 1154.
 SOUT, 84.
 SPIEGLER, 59, 235.
 SPILLMANN, 613, 991.
 STAEELIN, 505.
 STANZIALE, 422.
 STELWAGON, 836.
 STEPANOFF, 242, 1056.
 STOUKOVENKOFF, 1331.
 STRAFFORELLO, 266.
 SUSS, 830.

T

TÄNZER, 167.
 TAILHEFER, 595.
 TALBOT, 1189.
 TANDOFF, 707.
 TATAROFF, 77.
 TAULANE, 1195.
 TAUUVET, 1195.
 TAVITIAN, 1083.
 TEDESCHI, 1190.
 TENNESON, 131, 218, 285, 346, 663.
 THIBIERGE, 184, 760, 978.
 TISCHOUTKINE, 72.
 TISSIER, 951, 1156.
 TITOMANLIO, 614.
 TIXERON, 1083.
 TOMMASOLI, 249, 257.
 TÖRK, 104, 1226.
 TOUTON, 37.
 TRAPEZNIKOFF, 70, 612.
 TROUCHAUD, 947.
 TROUSSEAU, 201.
 TSCHÉPOUROFF, 68.
 TSCHERNOGURGW, 835.
 TSCHISTIAKOFF, 185, 587, 703.
 TUCZEK, 187.
 TURRO, 86.
 TZECHANOVITSCH, 177.

U

UHMA, 278.
ULLMANN, 233, 234, 897.
UNNA, 137, 595, 601, 900, 1053, 1054,
1055, 1060, 1159, 1500.

V

VABRE, 1198.
VALENTINE, 1219.
VAN HOORN, 252.
VANUXEM, 1082.
VASSAL, 1190.
VASSILIEFF, 835.
VAUGHAN, 603.
VEDENSKI, 69, 85.
VENTURI, 270.
VERCHÈRE, 48, 560, 1114, 1216.
VILENSKI, 936.
VILLARD, 892.
VINCENT, 424.
VIRATEL, 1192.
VISSOKOVITSCH, 604.
VLADIMIROFF, 241.
VÖLCHERS, 838.
VOLLMER, 1203.
VOLTERRA, 500.

W

WASSERMANN, 496.
WEDENSKI, 587.
WEINLECHNER, 688.
WEISS, 581.
WELANDER, 177.
WERTHEIM, 824, 899.
WICKHAM (Louis), 125, 296, 343, 517,
537, 663, 1126.
WIDAL, 897.
WINTERNITZ, 580.
WOLFF, 273.
WRIGHT, 604.
WURTZ, 262.

Y

YAROCHEVSKY, 614.

Z

ZAPPERT, 57.
ZELENEFF, 845.
ZINSSER, 251.
ZYSMAN, 947.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME VI. — TROISIÈME SÉRIE

1895

A

Acanthisis nigricans , par DARIER.....	117
Acné cornée , par HALLOPEAU et JEANSELME.....	305
— kératique, par TENNESON et LEREDDE.....	285
— par HALLOPEAU et MACREZ..	1141
— hypertrophique, par BERDAL et JAYLE.....	950
— hypertrophique : ablation par CHAMPIONNIÈRE.....	897
— professionnelle chez les ouvriers pétroliers, par GERVAIS.....	946
— variété non décrite, par TENNESON.....	218
— traitement de l'—, par BOECK.....	828
— traitement soufré dans l'—, par BARRIER.....	949
— traitée par le massage, par POSELOFF.....	584
— Acné et séborrhée, par SCHUTZ.....	413
Actinomycoze , par MALLORY.....	589
— par HOWARD A. SOTHEOP....	589
— par MIXTER.....	591
— par MONESTIÉ.....	938
— du menton, par LEGRAIN....	682
— en France, par DUBREUILH et FRÈCHE.....	788
— traitée par l'iodure de potassium, par BÉRARD.....	1188
Adéno-carcinome de la peau, par FORDYCE.....	950
Adénoïde : infiltration — de la langue, par BREDI.....	48
Adénomes sébacés , par HALLOPEAU et LEREDDE.....	473
— par FEULARD.....	530
Adeps lance , œsype, par IHLE....	168
— par UNNA.....	595
Adipeux ; tissu, par SACK.....	458
Alopécie généralisée , par WEINLECHNER.....	688
— en aires d'origine nerveuse, par RODIONOFF.....	244
Anesthésie locale en dermatologie, par DUBREUILH.....	318
Antipyrine ; éruption, par SUSS...	830
— par GUILLOUD.....	947
— V. aussi à <i>Eruptions médicamenteuses</i> .	
Aphtes de la peau, par NEUMANN.....	60
Aphteuse (maladie) et piétin transmis à l'homme, par SCHEYER...	489
Arsenic dans le traitement des dermatoses, par DYER.....	73
— action sur la nutrition, par VIRATEL.....	1192
— V. aussi à <i>Eruptions médicamenteuses</i> .	
Atrophie cutanée idiopathique, par ELLIOT.....	710
— cutanée symétrique des extrémités, par BENNET BRONSON.....	710
B	
Bartholinite , par LEBLANT.....	1082
BLENNORRHAGIE	
Genocoeque : étude générale, par TOUTON.....	37
— par TURRO.....	86
— par BERNARD VAUGHAN et BROOKS.....	603
— par HEIMAN.....	1213
— par POVAENINE.....	1235
— biologie du —, par FINGER, GHON et SCHLAGENHAUFER.....	88
— par WERTHEIM.....	899
— culture du —, par WRIGHT...	604
Pus blennorrhagique , par POSNER et A. LEWIN.....	1213

	Staphylocoque analogue au —, par VISSOKOVITSCH.....	604
	Urétrite postérieure, par KOCH..	268
	— par LANZ.....	90
	— par NEEBE.....	605
	— par SCHAFFER.....	606
	— chronique, par PIQUET.....	1184
	— chez la femme, par VERCHÈRE	1216
	Urétrite membraneuse artificielle, par NEUHAUS.....	500
	— anatomie de l'urétrite, par DINKLER.....	272
688	Blennorrhagie chez les prostituées, par WEDENSKY.....	85
244	— latente chez les femmes, par PRYOR.....	604
318	— interne, par WERTHEIM.....	826
830	— par KOPYTOWSKI.....	1216
947	— de l'anus, par NEUBERGER et BOBZECKI.....	269
	— Evolution de la blennorrhagie.	90
60	Valvo-vaginite des petites filles, par VASSAL.....	1190
489	Blennorrhagie en médecine légale, par NEISSER.....	1214
73	Complications.	
192	Arthrite, par BURCI.....	269
	— par EURI et RESPIGHI.....	270
	— hydartroses, luxation spontanée de la tête du radius droit, par WIDAL.....	897
710	Cystite, par CASPER.....	1217
710	Rhumatisme récidivant, par EMERY.....	1119
082	— Rhumatisme nouveau, par GAS- TOU.....	8
	— Rhumatisme chez l'enfant, par VANUXEM.....	1082
37	— Rhumatisme chez un nouveau- né, par HAUSHALTER.....	893
86	— Périarthrite par RAYNAUD.....	1082
603	— Rhumatisme traité par les bains térébenthinés, par BALZER..	483
213	— Rhumatisme traité par le mer- cure, par DETCHAET.....	1082
235	Orchite suppurée : gonocoques dans le pus, par ROUTIER	1218
88	Dactylites, par FOURNIER.....	1137
899	Péricardite, par BOUCHER D'AN- GIS de GUILLERVILLE.....	1083
604	Pleurésie blennorrhagique, par MAZZA.....	90

— Pyélite, par HOWARD A. KELLY	608
— pyosalpingite, par HARTMANN	1154
— par REYMOND.....	1155
Complications cérébrales, par PIR- TRES.....	91
Troubles mentaux, par VENTURI	270
— troubles trophiques dans la —, par JEANSELME.....	525
— Bubon blennorrhagique : stérili- té du pus, par GAUCHER, SERGENT et CLAUDE.....	671

Traitement.

— Par FARRAR.....	92
— par l'alunol, par SCHWIMMER.....	40
— — par CHOZEN.....	1220
— par l'ichtyol, par CANOVA.....	1084
— par le permanganate, par FRANCK.....	1055
— par le permanganate de potasse, par TIXEBON.....	1083
— par le santal, par VALENTINE.....	1219
— par les insufflations de poudres médicamenteuses, par SCHA- LENKAMP.....	608
Orchite traitée par le gaiacol, par TAVITIAN.....	1083
Prophylaxie de la blennorrhagie, par BLOKUZEWski.....	1220
— par NEISSER.....	1221
Bubons ; anatomie des —, par ELLAS- BERG.....	502
— traitement des —, par RON- DELLI.....	503
— par NEEBE.....	609
— par l'injection de vaseline iodo- formée, par HENRIC.....	1188

C

Cancer mélanique, par FAGUET...	245
Cancroïde de la face, par LAVRAND.	248
Carcinome du cuir chevelu, par KAPOSI.	688
Caséine (pommade à la —), par UNNA.	601
Cellules conjonctives et plasmatis- ques, par MENAHEM HODARA	574, 856
— par DARIER	543
Cellules plasmatisques, par UNNA.	1200
— par MARSCHALKO.	1201
Champignons; pléomorphisme des — par KRAL.	258

Chancre.

Chancre simple du thorax, par ISAT-SCHIK.....	592
— nature du —, par FINGER.....	50, 1210
— bacille du —, par COLOMBINI.....	502
traitement, par NEISSER.....	1211
— par ORTIZ.....	1211
— par FEIBES.....	1212
Chancre simple traité par la formoline, par FRANK.....	1054
Phagédénisme du chancre simple traité par le tartrate ferricopotassique, par HALLOPEAU et MACREZ.....	1021
Chéloïdes suite de brûlures par la foudre, par BLOCK.....	591
Cicatrices; structure des —, par GUTTENTAG.....	75
Clinique dermatologique à Moscou Clou de Biskra, par AUCHÉ et LE DANTEC.....	440
Condylomes acuminés, par REISNER.....	248
— par VOLLMER.....	1203
Corne de la paupière, pas TENNESON.....	131
Cuir chevelu; tumeurs orthocystiques, par ROUANET.....	1198
V. aussi à <i>Tumeurs</i> .	
Cylindre multiple de la peau, par KOULNIEFF.....	242
Cysticerques de la peau, par LEWIN.....	246
V. aussi <i>Ladrière</i> .	
Cystite due au coli-bacille, par LILDEN-BROWN.....	608

D

Dermatite exfoliatrice, par ORO....	487
— — et sarcomatose cutanée multiple, par KREFTING.....	1098
— papillaire du cuir chevelu, par ULLMANN.....	234
— polymorphe douloureuse chronique à poussées successives, par DU CASTEL.....	340
— polymorphe prurigineuse récidivante chez les femmes enceintes, par BAR et TISSIER.....	951
— pustuleuse, chronique et végétante en foyers à progression excentrique, par HALLOPEAU et LE DAMANY.....	16
— pustuleuse végétante en foyers	

à progression excentrique et dermatite herpétiforme végétante, par HALLOPEAU et MONOD.....	655
Dermatite herpétiforme, par LEREDDE et PERRIN.....	452
— par GAUCHER, BARBE et CLAUDE.....	567
— anatomie pathologique par LEREDDE et PERRIN.....	281
— par GASTOU.....	314
— éosinophilie dans la —, par FUNK.....	530
— insuffisance rénale dans la —, par VILENSKI.....	936
— — par MILOT.....	1183
Dermatite herpétiforme et herpes gestationis, par ELLIOT.....	955
Dermatite herpétiforme dans la grossesse, par C. PERRIN.....	936
Dermatose épidémique, par SAVILL.....	41
Dermatose nouvelle: érythromélie par PICK.....	59
Dermatoses d'origine alimentaire, par GUIDA.....	830
— traitées par la méthode ignée, par BAGARRY.....	949
— Hospitalisation à Saint-Petersbourg des malades atteints de dermatoses, par PÉTERSEN.....	829
Diabète bronzé, par DUTOURNIER.....	945
— par MOSSÉ et DAUNIC.....	951
— par DE MASSARY et POTIER.....	1155
Dystrophie papillaire et pigmentaire (acanthosis nigricans), par DARIER.....	97, 117
Dystrophie unguéale et pileaire familiale, par NICOLLE et HALIPRÉ.....	675

E

Eczéma; nature de l'—, par SCHWIMMER.....	45
— — par BREDAS.....	417
— des paupières, par GALEZOWSKI.....	300
— par teinture de cheveux, par DU CASTEL.....	112
— des chirurgiens, par LASSAR.....	133
— chez un nourrisson. Septicémie d'origine buccale, par LE GENDRE.....	895

Eczéma aigu; œdème dans l' —, par		Eruptions médicamenteuses, par	
MICHEL.....	935	GASTOU.....	412
— réflexes, par PAYLOFF.....	830	— arsenic, par CASPARY.....	134
— séborrhéique ou névrodermite,		— iodoforme, par RAYNAUD.....	227
par WICKHAM.....	1126	— iodure de sodium, par L. WIC-	
— séborrhéique psoriasiforme,		KHAM.....	537
par BARTHÉLEMY.....	1145	— quinique, par HARALAMB.....	1148
— néphrite aiguë dans l' —, par		— salicylate de soude, par BEIER.	74
BRUHNS.....	952	V. aussi à <i>Antipyrine, Arsenic,</i>	
— traité par les préparations de		<i>Iodisme, etc.</i>	
de myrtille, par WINTERNITZ.	580	Eruption provoquée par une plante,	
Eléidine, par DREYSEL et OPPLER.	712	par RIEHL.....	233
Eléphantiasis congénital, par MON-		— scarlatiniforme au cours d'une	
CORVO.....	965	infection, par AUCHÉ et	
Eléphantiasis de l'anus, par RO-		LEVEL.....	892
SENTHAL.....	698	— circinée chronique de la main,	
— de la vulve, par SCHREIBER..	819	par DUBREUILH.....	355
Emplâtres adhésifs de Unna, par		Erythème bulleux, par SAALFELD.	817
TAENZER.....	167	— desquamatif et hydrargyrie,	
Endothéliomes, par SPIEGLER.....	50	par ZYSMAN.....	947
— par RIEHL.....	61	— exsudatif, par NOBL.....	581
Enfants; infections d'origine cuta-		— exsudatif chronique, par PAV-	
née chez les —, par HULOT....	937	LOFF.....	831
Epidermolyse bulleuse, par G.-S.		— infectieux, par GALLIARD....	894
ELLIOT.....	713	— — par LE GENDRE.....	894
Epliation par électrolyse, par GIO-		— nouveaux, par H. LÉVY.....	935
VANNINI.....	49	— polymorphe desquamatif, par	
Epithélioma verruqueux, par TOM-		BOSC.....	418
MASOLI.....	249	— récidivant, par BESNIER et	
— du pénis, par E. MARTIN.....	715	HALLOPEAU.....	649
— sur des cicatrices, par PICCOLI	249	— scarlatiniforme par onctions	
— par LEREDDE.....	524	mercurielles, par SIREDEY.	894
— Engelures: traitement par		— singulier, par BLASCHKO.....	812
BORCK.....	1203	— strié, par PETER.....	419
— récidivant sur lambeau auto-		Esthloène, par DUBREUILH et	
— plastique, par CLAUDE et		BRAU.....	419, 1187
PILLIET.....	1154	— de la région vulvo-vaginale,	
— multiples de types différents,		par MAZARAKIS.....	940
par DUBREUILH.....	248	Exanthèmes sérothérapiques, par	
Epithéliome traité par l'acide lac-		DUBREUILH.....	891
— tique, par BLOOM.....	715	— causés par le sérum antidiphthé-	
— traité par l'acide nitrique, par		ritique, par ASCH.....	135
GAVINO.....	41	— par LUBLINSKI.....	136
— traité par le bleu de méthyle,		— par SCHOLZ.....	136
par DOMEQ.....	949	Exfoliation cutanée, par SANGSTER	1204
Epithélium cutané: résorption an-		Exostoses sous-unguéales, par MIRA-	
— gio-plastique, par AUDRY.....	517	MOND.....	1180
Ergotisme chronique, anatomie pa-			
— thologique, par GRIGORIEFF....	708		
— gangréneux, par SCHWARTZ..	487		
Eruptions médicamenteuses, antipy-			
— rine.....	149		
— — par MOREL-LAVALLÉE....	325		

F

Favus.....	173
— par NOBL.....	60
— par NEUMANN.....	582
— par ABBOTT-CANTRELL.....	75

Favus , morphologie; achorion de l'—, par TISCHOUTKINE.....	72	Hidrocystome , par HALLOPEAU..	1110
— vitalité des spores du godet favique, par SABRAZÈS....	892	Hidrosadénites , par TAUDET.....	1196
— par PIROGOFF.....	488	Histologie pathologique générale de la peau, par UNNA.....	901, 1060, 1159
Fibres élastiques de la peau, par NEKAM.....	109	Hydrargyrisme : polynévrites dans l'—, par SPILZMANN et ETIENNE	991
— dans les maladies de la peau par KURT PASSARGE.....	190	V. <i>Erythème scarlatiniforme</i> .	
— — par KRÖSING.....	191	Hydroa vacciniforme, par BOECK.	420
Pilaire du sang, par FLINT.....	1205	— par MOREIRA.....	955
Folliculite dépilante des parties glabres, par DUBREUILH..	253	Hyphomycète : maladie papulo-ulcé- rative, folliculaire hyphomycé- tique de la peau, par DUHRING et MILTON-HARTZELL.....	490
— granuleuse, par AUDEY.....	681	Hyperkératose palmaire et plantaire, par HALLOPEAU.....	480
— nécrotique, par KAPOSI.....	254	Hyperkératoses dans le lichen plan, par HALLOPEAU.....	121
Furuncles du conduit auditif, par PAUCHET.....	938	Hyperhidrose , par PALM.....	812
— Traitement de la furonculose, par VAN HOORN.....	252	Hystérie . Éruption pemphigoi- de gangréneuse dans l'—, par GAUCHER et BARBE.....	27
— — par NEUBERGER.....	253	Gangrène dans l'— par SCHWIM- MER.....	61
G			
Gale bédouine, par MONDOT.....	1197	I	
Gallanol , par JOSEPH.....	239	Ichtyose , par KAPOSI.....	686
Gangrène de l'avant-bras, par LEDERMANN.....	237	— simulant une sclérodémie, par HALLOPEAU et JEANSELME.	1016
— du gland, par NEUHAUS.....	501	— congénitale, par SHERWEHL.	76
— de la verge, par VOLTERRA.....	500	— sébacée des nouveau-nés, par GRASS et TÖRÖK.....	104
— par QUATTRO-CIOCCI.....	501	Impétigo : stomatite et manifesta- tions laryngées, par ROCAZ....	890
— diabétique de la verge, par CRISAFULLI.....	492	— avec albuminurie, par FEU- LARD.....	367
— phéniquée, par ALINGRIN....	946	— traitement de l'—, par NEEBE.	833
— symétrique, par DEFRANCE....	942	— traitement par la liqueur de Do- novan, par SAINT-PHILIPPE	893
— chez les hystériques, par NA- RATH.....	281	Impétigo herpétiforme, par BREIER.	255
Glandes de la peau : leurs fonctions, par UNNA.....	137	— par SCHULZE.....	833
Glossite chronique, par DU CASTEL.	533	Iodisme . Éruption, par DU CASTEL.	211
Goudron ; préparation nouvelle de —, par FISCHER.....	240, 598	— par CASOLI.....	492
H		— par ARNOZAN.....	493
Hématologie et hématothérapie par JULLIEN.....	1034	— par TROUCHAUD.....	947
Herpès du pharynx, par ROSEN- BERG.....	237	— tumeurs iodiques —, par LEWIN.	820
— récidivant de la fesse, par FEU- LARD.....	32	K	
Herpes gestationnels, par LEREDDE et PERRIN.....	222	Kéloïde , par SCHUTZ.....	493
Hidrocystome , par THIBIERGE....	978	V. aussi <i>Chéloïde</i> .	
		Keratodermie , par BREDAS.....	495
		Kératose linéaire, par KOUDRE- VETSKI.....	708

1110	Kerion du cou, par TENNESON....	346	Lèpre dans l'Amérique du Nord,	
1196	Kystes épidermiques traumatiques,		par JAMES NEVINS HYDE.	956
	par de MANNY.....	948	— en Egypte, au temps de Moïse,	
1159			par MUNCH.....	261
991			— aux îles Hawaï, par CASTANEDA	77
			— en Russie, par MOURZINE....	77
420			— en Sibérie, par ASTACHEWSKY	241
955			— en Suède, par ORHN et SEDER-	
			HOLM.....	76
			— Traitement de la —, par GAL-	
			LAIS.....	79
490			Leucokératose buccale, par STAN-	
			ZIALE.....	422
490			Leucoplasie buccale, par W. LE-	
			WIN.....	421
121			Lichen : étude générale de la ques-	
812			tion du —, par NEISSER.....	41
			Lichen plan, par LANG.....	65
27			— atrophique pigmenté, par GAU-	
			CHER, BARBE et BALLI....	302
61			— atypique, par KLOTZ.....	577
			— de la bouche, par FRÈCHE....	267
			— — par GAUTIER.....	1194
			— à forme bulleuse, par LEREDDE	637
			— avec hyperkératoses, par HAL-	
686			LOPEAU.....	121
1016			— des plis articulaires, par GAU-	
76			CHER et BARBE.....	123
104			— stries et punctuations dans le	
			—, par WICKHAM.....	517
			Lichen ruber, par KAPOSI.....	63
890			— — verruqueux, par GEBERT..	149
			Lichen scrofulosorum, par LUKA-	
367			SIEWICZ.....	150
833			— par FEULARD.....	364,653
			— par DU CASTEL.....	535
893			— par LEREDDE.....	1035
255			Lichen simplex chronique circon-	
833			scrit, par WICKHAM.....	537
211			Lipomes symétriques, par KALZE-	
492			NELLENBOGEN.....	943
493			Lupus, par ELLIOT.....	577
947			Lupus vulgaire, par CUTLER.....	578
820			— par DROBNIK.....	835
			— par BARBE.....	994
			— du cuir chevelu, par NEISSER.	264
493			— tuberculeux superficiel de la	
			face, par DUBREUILH....	263
495			— de la langue, par DARIER....	631
			— télangiectode, par MAJOCCHI.	151
708			— ulcéreux végétant de la face,	
			par HALLOPEAU et JEAN-	
			SELME.....	222

L

Ladrerie, par DARIER.....	995
Langue, tuberculeuse de la —, par	
VEDENSKI.....	69
— ulcération papillomateuse de la	
—, par BRUN.....	260
— Langue verte, par MOUREK...	259
— V. aussi Glossite.	
Lentigo infectieux des vieillards,	
par BAYET.....	495
Lèpre, par RIEHL.....	56
— par ARMAUER HANSEN.....	64
— par KAPOSI.....	899
— contagiosité de la —, par REIS-	
NER.....	262
— par BRYANT.....	718
— non transmissibilité aux ani-	
maux, par Campana.....	956
— Lèpre mixte, par TATAROFF..	77
— anesthésique, par CAMPANA...	1157
— nerveuse avec érythrodermie,	
par HALLOPEAU et JEAN-	
SELME.....	113
— lépre de la conjonctive, par	
LAGRANGE.....	893
— Lèpre : anatomie pathologique	
de la —, par LIE.....	716
— diagnostic de la —, par PRINCE	
A. MORROW.....	79
— diagnostic bactériologique de	
la lèpre, par MARCANO et	
WURTZ.....	262
— par TSCHERNOGURGW.....	835
— par BAILLY.....	941
— par le vésicatoire suppuré, par	
BODIN.....	261
— Lèpre analgésique autochtone	
(France), par ETIENNE.....	78
— tuberculeuse autochtone (Fran-	
ce), par BERNHEIM.....	77
— Lèpre nostras, par DU CASTEL	1137
— Lèpre nostras ; syringomyélie,	
maladie de Morvan, par	
LARDEUX.....	941
— Lèpre et syringomyélie, par	
SCHLESINGER.....	582
— Toxicité de l'urine des lépreux,	
par CHATINIÈRE.....	204

Lupus érythémateux , par KAPOSI..	236	Lymphangiomes ; cysthygroma ver-	
— par DANLOS.....	471	ruqueux, par MEISSNER.....	238
— par ELLIOT.....	577	— circonscrit, par ROBINSON....	578
— par CUTLER.....	578	— congénital de la main, par	
— par ROBINSON.....	578	DIAGONOFF.....	63
— acnéique de forme destructive,		Lymphémie et maladies de la peau,	
par HALLOPEAU et GUIL-		par WASSERMANN.....	496
LEMOT.....	660		
— anormal, par HALLOPEAU et			
LE DAMANY.....	380		
— à localisations anormales, par			
HALLOPEAU et MONOD.....	482		
— érythémato-tuberculeux, par			
LACAVALERIE.....	940		
Lupus traité par l'extirpation, par			
SCHIFF.....	62		
— par l'extirpation, par LANG....	686		
— traité chirurgicalement, par			
KOEHLER.....	153		
— traité par les greffes, par SPIE-			
GLER.....	235		
— traité par la chloroline, par			
BROUSSE.....	1152		
— par CHABROL.....	1197		
— guéri par l'érysipèle, par VASSI-			
LIEFF.....	835		
— par HALLOPEAU.....	1111		
— traité par la tuberculine, par			
CARUCCIO.....	264		
— traité par la cantharidine....	690		
— — par LIEBREICH.....	719		
— par KÖBNER.....	722, 724		
— — par SAALFELD.....	724		
— traité par le parachlorophénol,			
par EISENBERG.....	80		
— traitement du —, par LANG....	55		
— par SCHÜTZ.....	154		
— par SCHARFF.....	1206		
— traitement du — verruqueux,			
par FOUBARD.....	939		
Lymphadénite probable. Ulcération			
chancreiforme de la joue, par			
WICKHAM.....	343		
Lymphangiectasies de la muqueuse			
buccale suites d'érysipèle, par			
DU CASTEL.....	342, 652		
Lymphangites des membres supé-			
rieurs à marche rétrograde,			
par J. BRAULT.....	34		
Lymphangiomes , par MEISSNER....	958		
— de la paroi abdominale, par			
TSCHEPOUROFF.....	68		
— des bourses, par BOURGSDORF.	423		
		M	
		Maladie d'Addison , par SCHIPERO-	
		VITSCH.....	588
		Maladie de Bazil , par BROEZ VAN	
		DORT.....	488
		Maladie de Darier , par MOUREK..	161
		— par JARISCH.....	1206
		Maladie de Morvan , par DANLOS...	120
		— par ANFIMOFF.....	707
		— par Koudriavski.....	1056
		Maladie de Paget , par LARINI....	161
		— par DU CASTEL.....	1015
		— par SCHÖMAKER.....	1209
		Maladie de Raynaud , par MORTON..	82
		— par NARATH.....	579
		— poulx dans la —, par LOUIS..	941
		— chez les enfants, par MANGUE	942
		Maladie familiale des cheveux, par	
		NICOLLE et HALIPRÉ.....	804
		Malformations des doigts et des	
		orteils, par HALLOPEAU et J.	
		MONOD.....	545
		Mélanodermies , par BARTHÉLEMY.	351
		— addisonienne, par DARIER....	464
		Mélanome , par LASSAR.....	53, 498
		— par ENGEL-REIMERS.....	1055
		Mélanose arsenicale , par SAALFELD	812
		Microsporum Audouini , sa rareté en	
		Italie, par MIBELLI.....	409
		Molluscum contagiosum , par BAR-	
		THÉLEMY.....	574
		— par BENDA.....	695
		— par STELWAGON.....	836
		— par NOBL.....	837
		Mycosis fongoide , par HALLOPEAU	43
		— par LEBEDDE.....	207
		— par HALLOPEAU et SALMON..	331
		— par HALLOPEAU et LE DAMANY	540
		— par KAPOSI.....	583
		— par BIGGS.....	833
		— par ALBRECHT VÖLCKERS....	838
		— par STEFANOFF.....	1056
		— étude histologique, par LE-	
		REDDE.....	554

- Mycosis fongolde**; érythrodermies
prémycosiques, par MALHERBE 948
Myronia, par EGGERT 600
Myxœdème, par SCHATALOFF 585
— traité par ingestion de corps
thyroïde, par BALZER 378

N

- Nécrologie**. Pasteur par E. BESNIER 853
Nécrose Altérations nécrotiques de
l'extrémité céphalique, par HAL-
LOPEAU et LE DAMANY 213, 292
Névromes plexiformes, par PICQUÉ 1184
Nodosités cutanées, par HOBBS 499
Nevus mollusciforme, par KOHN 235
— papillaire, par ALEXANDER 814
— sous-cutané, par BEIER 1209
— vasculaire, par BURNSIDE FOS-
TER 841
— verruqueux, par SAALFELD 155
— verruqueux uniut lateris, par
MEISSNER 819
— verruqueux, traitement du —,
par LASSAR 822
Nevi pigmentés et pilaires, par
DANLOS 553
— mous; histologie des —, par
UNNA 1053
— soi-disant nerveux, par BLAS-
CHKO 814
— et tumeurs malignes, par RES-
PIGHI 156
— vasculaires sur des branches
nerveuses, par FELICIANI 267

O

- Œdème** angioneurotique, par GE-
VAERT 592
Ocype, par IHLE 168
— par ROSENTHAL 237
Ongle; histologie de l'—, par ECHE-
VERRIA 726
— absence congénitale des —, par
PETERSEN 69
Onychomycoses; traitement des —,
par DUBREUILH 592
Orchite dans les oreillons, par NOBL 236
— tuberculeuse aiguë, par CHEVKI 1282
V. aussi à *Blennorrhagie*.

P

- Panaris** analgésique chez un tuber-
culeux, par GASTOU 483

- Papillomes**, par MRACEK 582
— de la bouche avec verrues des
mains, par RASCH 6
— foliacé, de la plante du pied, par
LENOBLE 1156
Parakératose généralisée des ongles
par HALLOPEAU et LE DAMANY 538
Parasites animaux, diptères, par
DUBREUILH 423
— dermatobia noxalis, par GRA-
DENIGO 423
Parasites de la peau; préparation
histologique des —, par BÖCK 592
Peau, anatomie; tissu graisseux,
par HEITZMANN 1199
V. aussi à *Histologie, Cellules*.
Pelade, par LEISTIKOV 244
— cheveux cassés dans la —,
par AUDRAIN 874
— traitée par l'électricité, par
EHMANN 235
— traitement de la —, par SABOU-
RAUD 463
V. aussi *Alopécie en aires*.
Pellagre, par TUCZEK 187
— sporadique, par GAUCHER et
BALLI 664
— par GAUCHER 896
Pemphigus, doctrine du —, par
KAPOSI 1044
— vulgaire par ELLIOT, par DU
MESNIL DE ROCHEMONT 842
Perièche; épidémie de —, par NÉ-
GRIÉ 890
Pied de Madura, par VINCENT 424
— par LE DANTEC 425
Piedra, par UNNA 1054
Pigment cutané, par GRIMM 813
Pityriasis rosé, par ORO et MOSCA 426
Pityriasis rubra par PETER 427
Pityriasis rubra pilaire, par MU-
NEAU 395
— par L. WICKHAM 663
— par G. LEWIN 700, 820
Pityriasis versicolore, par BEHREND 52
— par LEISTIKOV 426
Pilique, par MENEAU 499
Polls; blanchiment rapide des —,
par LEDERMAN 697
Prurigo de Ebra, par NEISSER 429
— lésions eczématiformes symé-
triques dans le —, par GASTOU 531
Prurit de la bouche, par TOMMASOLI 257

Prurit cutané dans une famille, par LEWIN	702	Sébacés (kystes) —, par GAULEJAC	94
— Prurit guéri par l'antipyrine, par ARNSTEIN.....	429	Sérothérapie antidiphthérique ; éruptions causées par la —, par ASCH	135
Psoriasis chez un enfant de deux ans, par RAMBO	83	— par LUBLINSKI.....	136
— chez un nourrisson, par BILLE	685	— par SCHOLZ.....	136
— après tatouage, par LASSAR..	812	— rhumatisme polyarticulaire et exanthème, par GALLIARD.	896
— vaccinal, par RIOBLANC.....	880	Voir aussi <i>Exanthèmes</i> .	
— traitement du —, par l'ichtyol, par E. NUNEZ.....	83		
— par l'iodure de potassium, par CERCHEZ.....	49	SOCIÉTÉS	
— — par SEIFERT.....	470	<i>Académie de médecine de Rome</i> ...	1157
— par la médication thyroïdienne, par CHARY.....	83	<i>Onzième congrès international de médecine à Rome</i>	37
— — par MENEAU.....	431	<i>Deuxième congrès français de médecine de Bordeaux (1895)</i>	891
— — par MOSSÉ.....	892	<i>Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Bordeaux (1895)</i>	890
— — par THIBIERGE.....	760	<i>Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, Bordeaux (1895)</i>	890
— par les injections mercurielles, par BRAULT.....	676	<i>Congrès allemand de chirurgie</i> ...	824
Psorospermose cutanée, par RAVOGLI	44	<i>Soixante-sixième congrès des naturalistes et des médecins à Vienne</i>	59
Psorospermies dans les maladies de la peau, par FABRY	158	<i>Congrès international d'hygiène de Buda-Pesth</i>	64
Purpura sénile, par UNNA	1055	<i>Cinquième congrès allemand de dermatologie à Gratz</i>	1044
— pendant la grossesse, par BUFFON.....	1190	<i>Soixante-septième réunion des médecins et naturalistes allemands à Lubeck</i>	1052
		<i>Réunion des médecins allemands de Prague</i>	584
R		<i>Société anatomique de Paris</i>	1154
Rectum. Rétrécissement rectal, traitement du —, par LACHOWSKI	1085	<i>Société française de dermatologie, 8, 112, 290, 325, 364, 461, 529, 642, 993</i>	1110
Résorbine, par LEDERMANN	166	<i>Société médicale des hôpitaux de Paris</i>	894
Rhinosclérome, par SIMONOVSKI..	708	<i>Société obstétricale et gynécologique de Paris</i>	1156
Sarcome de l'anus, par DU CASTEL	117	<i>Société de syphillographie et de dermatologie de Saint-Petersbourg, 69, 242, 586, 703</i>	1056
— cutané généralisé, par PERRIN et LEREDDE.....	1038	<i>Société médicale de Saint-Petersbourg 588</i>	708
— mélanique du pied, par MERMET	1155	<i>Société de vénéréologie et de dermatologie de Moscou, 584</i>	706
— du foie, par PAUCHET.....	1156	<i>Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou</i>	585
— pédiculé de l'ombilic, par SOURDILLE.....	1154	<i>Société de pédiatrie de Moscou</i> ...	241
— pigmentaires, par KAPOSI.....	50	<i>Société des médecins de Moscou, 69</i>	707
Sclérodémie, par SINGER	57	<i>Société de chirurgie de Moscou</i> ...	68
— par RESPIGHI.....	593		
— par TENNESON.....	663		
— par ULLMANN.....	897		
— par KAPOSI.....	898		
— par LEWIN et HELLER.....	1233		
— généralisée, par BRONSON.....	577		
— — par SCHAPER.....	689		
— avec hémiatrophie linguale, par CHAUFFARD.....	898		
— en bande sur le trajet du nerf brachial, par HALLOPEAU..	22		

<i>Société médicale de la Faculté de Varsovie</i>	708
<i>Société de médecine de la faculté de Kharkoff</i>	707
<i>Société médicale du Caucase</i>	68
<i>Société berlinoise de dermatologie</i> , 237, 695.....	812
<i>Société de médecine interne de Berlin</i>	54
<i>Société de médecine de Berlin</i> , 51.....	690
<i>Société des médecins de la Charité à Berlin</i> , 689, 1044.....	1051
<i>Société allemande de gynécologie</i>	826
<i>Société impériale et royale des médecins de Vienne</i> , 55, 231, 578, 635.....	897
<i>Club médical de Vienne</i> , 233.....	581
<i>Société Viennoise de dermatologie</i> , 64, 235.....	581
<i>New-York dermatological Society</i>	577
<i>Stomatite épithéliale épidémique</i> , par ALBERT.....	546
<i>Streptocoques</i> ; infection, par —, par ACHARD.....	500
<i>Strophulus</i> , par DUBREUILH.....	266
— par TEDESCHI.....	1190
<i>Sudoripares</i> . Fibrome des glandes sudoripares, par AUDRY.....	678
—, tumeurs naviformes, par VILLARD et PAVLOT.....	892
<i>Sueurs des pieds</i> ; traitement des —, par NEEBE.....	431
— d'urée, par DJORITCH.....	948
<i>Syphilis</i> , voir à la fin de la table.	

T

<i>Tatouages chez les aliénés</i> , par BONNEMAISON.....	945
— ablation des —, par BRAULT.....	33
V. aussi à <i>Chancre syphilitique</i> .	
<i>Téintures de cheveux</i> ; accidents causés, par —, par CATHELIN-NEAU.....	24
<i>Talol</i> , par HELLER.....	817
<i>Thyroïdienne</i> ; médication — dans le traitement des dermatoses, par F. TH. JACKSON.....	83
— par GAIDE.....	1192
— par MORDAGNE.....	1197
V. aussi à <i>Psoriasis</i> . <i>Myxœdème</i> .	
<i>Trichophytie du cuir chevelu</i> chez un adolescent, par TAILHEFER.....	595
— des paupières, par MIBELLI.....	594

<i>Trichophytie inguinale</i> (épidémie de), par FOUTREIN.....	1191
<i>Trichophytens</i> ; pluralité des —, par MIBELLI.....	733
par SABOURAUD.....	757
<i>Trichorrexie</i> , par PETERSEN.....	1057
— des cheveux à Constantinople, par MENAHEM HODARA.....	433
<i>Trophiques</i> (troubles) des extrémités avec syndromes syringomyéliques, par GASTOU.....	347
<i>Tuberculeuse cutanée</i> , par H. VON — HEBRA, par DOUTELEFONT.....	66 434
— nouvelle forme suppurative et pemphigoïde, par HALLOPEAU.....	1093
— consécutive à la rougeole, par DU CASTEL.....	295
— d'origine osseuse, par ADENOT.....	617
Gommes tuberculeuses, par DU CASTEL.....	8
— verruqueuse, par RTIENNE.....	162
— par KNICKENBERG.....	163
— par HELLER et HIRSCH.....	165
— par HEYSE.....	166
— par BLASCHKO.....	695
— de la langue, par DARDIGNAC.....	595
— ulcéreuse de la verge, par WICKHAM et GASTOU.....	296
<i>Tuberculeux</i> ; peau des —, par SCHATANGUEFF.....	487
<i>Tumeurs du cuir chevelu</i> d'espèce rare, par KAPOSI.....	48
V. aussi à <i>Cuir chevelu</i> .	

U

<i>Urèthre</i> ; corps étranger de l'—, par NEUHAUS.....	500
Ulère de l'—, par NOBL.....	67
<i>Urétrite</i> , par CAMPANA.....	1158
V. aussi à <i>Blennorrhagie</i> .	
<i>Urticaire</i> chez les enfants, par FUNK et GRUNDZACH.....	265
— après l'ovariotomie, par PENNINO.....	265
— pathogénie de l'—, par STRAFFORELLO.....	266

V

<i>Vaccin</i> ; dermatoses post-vaccinales, par L. FRANCK.....	712
<i>Varices</i> ; histologie des —, par MENAHEM HODARA.....	839

Varices ; ulcères variqueux, traitement par ASCORNET....	1193	Syphilis à BUDAPESTH, par TÖRÖK.....	1226
Vasogènes iodés, par LEISTIKOV..	169	Syphilis en Russie, par SANDBERG.....	92, 1224
Vernis ; base pour —, par UNNA..	1053	— par YAROCHEVSKY.....	614
Verrues des mains avec papillomes de la bouche, par RASCH.....	6	— par FRINOVSKY.....	706
— planes, par SAALFELD.....	698	— dans les campagnes en Russie, par GUERTZENSTEIN.....	1057
— plantaire, par DUBREUILH....	441	— à la foire de Nijni-Novgorod, par WEDENSKI.....	587
Vésicules. Étude histologique des —, par LEREDDE et PERRIN...	369	— par M ^{me} KHOLEVINSKAIA....	1225
Vitiligo chez un enfant, par VLADIMIROFF.....	241	— à Copenhague par EHLERS....	352
— par compression, par HALLOPEAU et SALMON.....	388	Origines de la —, par ASHMEAD	92
— par GAUCHER.....	667	La syphilis chez les peuples primitifs de l'Amérique, par WOLFF.....	273
X		Prostitution et syphilis, par MICHE.....	1228
Xanthome, par BERDAL.....	944	Évolution de la syphilis	
— diabétique, par SCHAMBERG...	727	Syphilis maligne, par NOBL.....	64
— juvénile, par CHAUVIÈRE....	944	Syphilis maligne précoce chez un saturnien, par MOREIRA	521
— tubéreux multiple, par BLASCHKO.....	51	Syphilides malignes précoces, par TAULANE.....	1195
— multiple, par SOUT.....	84	Étiologie de la syphilis tertiaire, par MARSCHALCO.....	274
Xérodémie pigmentaire, par DE AMICIS.....	435	Syphilis sénile, par COHN.....	276
— par SCHUTTE.....	436	Syphilis et mariage, par PORTER	179
— par DU CASTEL.....	647	— par GOTTHEIL.....	181
Z		— valeur de l'adénopathie secondaire, pour le pronostic de la syphilis, par AUGAGNEUR	130
Zona, par RONZIER-JOLY.....	1196	— par GRIVET.....	1186
— brachial gauche, par KAPOSÍ..	899	Chancres syphilitiques.	
— du pharynx, par FRANTZEN..	699	Chancre extra-génitaux, par KREFTING.....	94
— dans le cancer de l'utérus, par CARRIÈRE.....	892	— par TSCHISTIAKOFF.....	587
— Anatomie du —, par HARTZELL.	84	— par PETRINI.....	574
— Pathogénie du —, par LESSER.	831	— consécutifs au tatouage, par CHEINISSE.....	1
— par BALDET.....	936	— de l'amygdale, par BROUSSE..	892
SYPHILIS		— de la face, paralysie faciale par EUDLITZ.....	553
Contagion. Étiologie. Histoire.		— de la gencive, par DANLOS....	550
Syphilis par morsure, par ALBERS	1044	— — par PAUL.....	816
Réinfection syphilitique, par SCHIRREN.....	276	— de la joue, par LEDERMANN...	821
— par ERAUD.....	392	— — chez un jeune enfant, par FEULARD.....	339
Contagiosité de la syphilis, par JAMES BELL.....	610	Chancres multiples de la lèvre et de la langue, par EUDLITZ	125
Syphilis d'emblée, par VERCHÈRE.	48		
Syphilis vaccinale, par DEFORINE.....	94		
— par HAUSHALTER.....	94		
Loi de Colles chez une nourrice, par FEULARD.....	565		

Chancres de la région pubienne, par A. FOURNIER.....	1133
— du menton, par JOSEPH.....	697
— des narines, par MENDEL.....	210
— du nez, par CHAPUIS.....	95
— — par EUDLITZ.....	124
— — par RICHARD D'AULNAY..	989
— de l'oreille, par ROCHON.....	95
— de la paupière inférieure, par DANLOS.....	14
— de la paupière, par COPPEZ	96
Syphilides. Syphilomes. Gommès.	
Roséole syphilitique tardive, par TSCHISTIAKOFF.....	703
Syphilide acnéique, par BURLAN- DO.....	504
Syphilide lichénoïde, par WIC- KHAM.....	125
Syphilide pigmentaire généralisée, par RENAULT.....	896
Syphilide polypiforme de la langue, par AUDEY.....	680
Syphilide serpigneuse, par NOBL.	66
Syphilides tuberculeuses sèches en nappe, par EUDLITZ.....	559
— tuberculo-serpigneuse, par JO- SEPH.....	690
— tuberculeuse lupiforme, par OUSSAS.....	704
— suivies de chéloïde, par PERONI et BOVERO.....	504
Syphilomes; diagnostic des —, par VON ESMARCH.....	824
— de la face, par AZUA.....	170
— hypertrophique de la lèvre, par HALLOPEAU.....	118
— de la fosse ptérygo-palatine; exophtalmie, par HENNE- BERT et COPPEZ.....	193
Gommès des paupières, par LEWIN.	820
— du pharynx, par G. LEWIN....	821
— du vagin, par A. FOURNIER..	1000
Syphilis des lymphatiques, des mus- cles, des os, des articulations.	
Bubons syphilitiques, par KOCH.	846
Lymphangites ulcéreuses précoces de la verge, par DU CASTEL...	479
Phlébite et myosite, par MENDEL.	11
Fracture spontanée de la clavicule par W. LEWIN.....	506

Nécrose du frontal, par VERCHÈ- RE.....	560
Arthrite syphilitique de la main, par LEDERMANN.....	698
Synovite aiguë, par WEISS.....	581
Syphilis de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire. Sang.	
Syphilis du larynx, par MENDEL.	208
— — traitée par les injections du calomel, par MENDEL.....	562
— du poumon, par SCHIRREN...	508
— par TANDOFF.....	707
Rétrécissement syphilitique des bronches, par CESTREICH.....	54
Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, par JACQUINET..	1085
Pleurésie syphilitique secondaire, par CARRA.....	1087
Syphilides de la langue, par JA- KOVLEFF.....	705
Atrophie de la langue dans la sy- philis, par LEWIN et HELLER.	610
Gangrène syphilitique de la lan- gue, par MENDEL.....	12
Syphilis de la lèvre, par G. LEWIN.....	701
Perforation du voile du palais, par LANG.....	65
Syphilis du cœur, par RENDU...	896
Aortite syphilitique, par JONA...	506
— par KALINDERO et BABÈS....	507
Artérite syphilitique de l'aorte abdominale, par KOUKOFF..	507
— des membres inférieurs; clau- dication intermittente, par LEVET.....	1088
Claudication intermittente d'ori- gine syphilitique, par TRAPEZ- NIKOFF.....	70
Gangrène syphilitique, par OUS- SAS.....	70
Etude du sang dans la syphilis, par REISS.....	1222
— par JUSTUS.....	1224
Syphilis du rein. — du foie. — des glandes. — du sein. — du testicule et des organes génitaux internes.	
Néphrite syphilitique précoce, par ETIENNE.....	644

Ichère syphilitique, par NEU-MANN.....	236	Epilepsie corticale syphilitique, par DANILLO.....	1057
— secondaire, par GALLOT.....	1181	Hémiplégie, par VABRE.....	1198
— précoce, par LASCH.....	172	Hémiathétose d'origine syphilitique, par EWALD.....	1051
— — par ULMANN.....	233	Manifestations oculaires dans la syphilis cérébrale, par ELENEFF.....	1086
— Syphilis de la parotide et de la glande linguale, par NEU-MANN.....	173	Syphilome du chiasma, par NAMMACK.....	847
— avec syndrome addisonien, par SACAZE.....	171	Syphilis nerveuse précoce, par NEUMANN.....	583
— du sein, par ROUANET.....	846	— cérébrale avec glycosurie, par OZENNE.....	51
— du testicule, par E. ROLLET.....	225	Aphasie chez un syphilitique, par MAIEFF.....	71
Epididymite syphilitique secondaire, par DARIER.....	997	Bégalement syphilitique, par MAIEFF.....	588
— tertiaire, par JONNART.....	1088	Artérites cérébrales syphilitiques, par CHARRIER et KLIPPEL.....	506
Gomme du testicule, par LEWIN	239	Réflexes rotuliens dans la syphilis, par MARX.....	511
Syphilis des organes génitaux internes, par NEUMANN.....	578	Névrite syphilitique du nerf cubital, par GAUCHER et BARBE.....	26
		— par GAUCHER, SERGENT et CHAMPENIER.....	310
Syphilis de l'œil et de l'oreille.		— par GAUCHER et CHAMPENIER	667
Syphilis de la conjonctive, par STAELIN.....	505	Hystérie parasymphilitique, par FOURNIER.....	1134
— par NALJOUX.....	1186	Étiologie de la paralysie générale progressive, par LAGRANGE.....	890
— — par ENGEL-REIMERS.....	1054	Paralysie générale d'origine syphilitique, par STEPANOFF.....	242
— — de l'œil, par JEVETZKI.....	586	Paralysie générale dans la syphilis héréditaire, par RÉGIS.....	847
— par ALEXANDER.....	1052	Ataxie locomotrice syphilitique, par GAMBERINI.....	510
— statistique de la syphilis de l'œil, par TALBOT.....	1189	Tabes spécifique, par DARKSCHEVITSCH.....	848
— de l'œil à la période tertiaire, par GALEZOWSKI.....	126	Ulcérations trophiques du nez et des oreilles dans le tabes, par GIRAudeau.....	510
— à la troisième génération, par GALEZOWSKI.....	1142	— symétriques des pieds, dans le tabes, par E. FOURNIER.....	848
Kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par TROUSSEAU.....	201	— nécrose du maxillaire dans le tabes, par DU CASTEL.....	461
Gomme de l'orbite, par MANSILLA	170		
— par KÖNIGSTEIN.....	233	Phénomènes généraux. Associations pathologiques.	
— névrites optiques, par GALEZOWSKI.....	572	Anémie syphilitique, par ZELENNEFF.....	845
— atrophie de la papille, par GALEZOWSKI.....	390	Diabète syphilitique, par POSPELOFF.....	511
— de l'oreille, par SAALFELD.....	699		
Syphilis du système nerveux. Paralysie générale. Tabes.			
Syphilis cérébrale, par MOURA-TOFF.....	509		
— par GUMPERTZ.....	818		
Neurasthénie syphilitique, par MERLIER.....	1087		
Hystérie secondaire, par A. FOURNIER.....	32		

1057	Gigantisme et syphilis, par SI-RENA.....	613
1198	Kératose pileaire et syphilis, par GASTOU.....	376
1051	Leucoplasie et syphilis, par LYDSTON.....	612
1086	Zona chez un syphilitique, par TRAPEZNIKOFF.....	612
847	Éléphantiasis consécutif à la syphilis, par NEUMANN.....	235
583	Syphilis héréditaire.	
51	Périartérite généralisée probablement syphilitique chez le fœtus, par BAB et TISSIER.....	1156
71	Hérédo-syphilis; étude sur l' —, par MOUSSOUS.....	891
588	Syphilis héréditaire; ostéo-périostite du tibia, par FEULARD....	219
506	— et paralysie générale, par RÉGIS	847
511	Hérédo-syphilis. Hémoglobinurie, par COUETOIS-SUFFIT.....	845
26	— diplogie brachiale, par BÉZY....	891
310	— maladie de Parrot, par GOUZ.	1089
667	Syphilis héréditaire, perforation du palais chez un nourrisson, par VON GENSER.....	688
1134	Néphrite aiguë chez un enfant de 3 mois, par HOCK.....	56
890	Hérédo-syphilis. Courbe alimentaire dans l' —, par POUZOL....	1089
242	Syphilis héréditaire de deuxième génération, par GASTOU.....	1009
847	— Paralysie oculaire, par ZAPPERT.....	57
510	— cause de la mort des nouveau-nés, par PAVLOFF.....	704
848	— acquise dans la première enfance simulant la syphilis héréditaire, par EUDLITZ....	28
510	— en Italie, par TITOMANLIO....	614
848	— congénitale. Anatomie pathologique, par CHIARI.....	584
461	— héréditaire tardive, par EUDLITZ	31
ons	— par SPILLMANN et ÉTIENNE....	614
	— du larynx, par BOTEX.....	613

Traitement.

845	Traitement général de la syphilis, par GRIVITZOFF.....	849
511	— par l'hémol iodo-mercurique, par RILLE.....	685

	injections intra-veineuses de sublimé, par BLASCHKO.....	61
	— par DINKLER.....	1229
	— par NEUMANN.....	66
	— par UHMA.....	278
	— par ABADIE.....	358, 373
	— par KUSEL.....	706
	— par STOUKOVENKOFF.....	1231
	— de soziodolate, par ORO.....	176
	— de salicylate de mercure, intoxication aiguë dans un cas de —, par GLAGOLEFF....	177
	— traitement par le calomel, par JULLIEN.....	51
	Injection de calomel, par LINDEN	175
	Injections de calomel, par H. FEULARD.....	102
	— — par VERCHÈRE et CHASTANET.....	1114
	Glossite syphilitique guérie par les injections de calomel, par SCARENZIO.....	505
	Intoxication à la suite d'injections mercurielles, par G. LEWIN....	1232
	Traitement par la chaleur, par TZECHANOVITSCH.....	177
	Injections de sérum, par ISTOMANOFF.....	68
	Sérothérapie dans la syphilis, par PELLIZZARI.....	279, 280
	— par les eaux minérales du Caucase, par POPOFF.....	849
	Mercure: frictions mercurielles et bains sulfureux, par GRABOWSKI	850
	— sa répartition dans les organes, par ROGOLIOUBOFF.....	850
	Traitement mercuriel. Albuminurie, par, WELANDER.....	177
	Influence du traitement mercuriel sur le sang, par KOZLOWSKY..	1233
	Valeur de l'iodure de potassium, par GUIBÉ.....	1090

BIBLIOGRAPHIE**COMPTES RENDUS DES LIVRES***Par ordre alphabétique d'auteurs.*

	<i>Annales de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucharest</i> , par BABÈS.....	731
	<i>Thérapeutique des maladies vénériennes</i> , par BALZER.....	183

<i>La syphilis et les maladies vénériennes</i> , par FINGER.....	729	<i>Le gonocoque dans la blennorrhagie</i> , par POVARNINE.....	1235
<i>Leçons sur les maladies de la peau</i> , par E. GAUCHER.....	959	<i>Die geschichte des venerischen Krankheiten</i> , par PROKSCH....	961
<i>Tricofitiassi primitiva della mucosa boccale</i> , par GILETTI.....	963	<i>Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant</i> , par SABOURAUD.....	963
<i>Planche murale pour l'étude des maladies de la peau</i> , par G. LEWIN.....	964	<i>Thérapeutique des maladies de la peau</i> , par THIBIERGE.....	184
<i>La sclérodermie</i> , par G. LEWIN et HELLER.....	1233	<i>Période condylomatense de la syphilis</i> , par TSCHISTIAKOFF.....	185
<i>Traité des maladies de la peau et des maladies vénériennes</i> , par MAX JOSEPH.....	187	<i>Etude clinique et anatomique sur la pellagre</i> , par TUCZEK.....	187
<i>Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies</i> , par A. MATHIEU.....	732	<i>L'histologie pathologique des maladies de la peau</i> , par UNNA, analyse critique par DABIER.....	901, 1060, 1159
<i>System of genito-urinary diseases syphilology and dermatology</i> , publié sous la direction de P. A. MORROW.....	730	<i>Comptes rendus du 4^e congrès de la Société allemande de dermatologie</i>	439
<i>Bibliotheca medica</i> , publiée par NEISSER.....	478	<i>Revue des thèses de dermatologie soutenues à la Faculté de Paris en 1894-1895</i>	935
<i>Atlas stéréoscopique</i> , publié par NEISSER.....	729	<i>Revue des thèses de syphiligraphie soutenues à la Faculté de Paris en 1894-1895</i>	1082
<i>Etude de la destruction et de la régénération des fibres élastiques de la peau</i> , par KURT PASARGE.....	190	<i>Revue des thèses de dermatologie et de syphiligraphie soutenues dans les Facultés de médecine de France (province) pendant l'année 1894-1895</i>	1180
<i>Comptes rendus de la clinique dermo-syphiligraphique de Florence</i> , par PELLIZZARI.....	190	<i>Musée de l'hôpital Saint-Louis catalogue des moulages</i>	992

Le Gérant : G. MASSON.

EAUX MINÉRALES, SULFUREUSES ET SALINES

URIAGE

(ISÈRE)

L'eau d'Uriage réunit les principes des eaux sulfureuses énergiques, ceux des eaux chlorurées sodiques fortes et ceux des eaux sulfatées purgatives, qu'on ne trouve en général que séparées. *C'est une eau sulfureuse purgative*, et, à ce titre, elle présente des avantages dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Analyse par M. LEFORT

Membre de l'Académie de Médecine

Un litre d'eau d'Uriage contient :

Azote à 0 degré et à	760 ^{mm}	19 ^{cc} ,5
Acide carbonique libre.		3 2 ou 0.0062
— sulfhydrique.		7 3413 ou 0.0108
Chlorure de sodium		6.0569
— de potassium.		0.4088
— de lithium		0.0073
— de rubidium)	
Iodure de sodium)	pondérable
Sulfate de chaux.		1.5205
— de magnésie.		0.6048
— de soude.		1.1875
Bicarbonat de soude.		0.5555
Hyposulfite de soude.		indices
Arséniate de soude.		0.0021
Sulfure de fer		imp pondérable
Silice		0.0790
Matière organique.		indices
		10.4262

L'eau d'Uriage est employée avec le plus grand succès contre le lymphatisme, la scrofule, les maladies de la peau les suites de la syphilis, les affections rhumatismales, l'anémie, etc.

L'eau d'Uriage, se conservant parfaitement, peut être utilisée à domicile, soit comme eau purgative, soit à dose altérante, soit enfin pour l'usage externe : pulvérisation, lotions, etc.

L'EAU MINÉRALE D'URIAGE se vend : Dans toutes les succursales de la Compagnie de Vichy, et chez les principaux marchands d'Eaux minérales et pharmaciens de France et de l'étranger.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

GUDENDAG FRÈRES

Fournisseurs des Hôpitaux, etc.

17, RUE DE L'ODÉON, PARIS

*Spécialité d'Appareils en Caoutchouc et en toile fine de
Caoutchouc pour Maladies de la Peau.*

PHARMACIE ROGÉ-CAVAILLÈS

9, rue du Quatre-Septembre, Paris

NOUVEAUX EMLATRES

Sur gaze imperméable

Emplâtre VIGO SUR SOIE fin et souple

- OXYDE DE ZINC
- ROUGE DE VIDAL
- IODOFORME
- ARISTOL
- SALOL
- ETC.



SIROP DÉPURATIF IODURÉ A L'ANISSETTE SALOLÉE
1 gr. d'Iodure de potassium et 0 gr. 05 de salol par cuillerée à bouche.
D'un goût très agréable, ce sirop supprime les accidents ordinaires de l'iodisme; plus de cuisson ni de mal d'estomac.

SIROP DÉPURATIF BIODURÉ A L'ANISSETTE SALOLÉE
0 gr. 50 d'Iodure de potassium et 0 gr. 50 de biiodure par cuillerée à bouche.
Remplaçant le sirop de Gubert des hôpitaux. Mêmes avantages que le sirop ioduré : goût agréable, digestion facile.

PASTILLES SOLUBLES

(COMPRIMÉES)

1 gr. ou 0 gr. 50 d'IODURE DE POTASSIUM

Tres solubles, petit volume, commodes en voyage.

DRAGÉES ANTINERVEUSES

Au valérianate d'ammoniaque composé.

REMPLAÇANT

Le valérianate liquide, sans odeur, ni saveur désagréable.

CAPSULES D'ICHTHYOL VIGIER

A 0 gr. 25 centig. — DOSE : 5 à 10 Capsules par jour.

L'ICHTHYOL riche en soufre est un antiphlogistique puissant employé en Dermatologie et en Gynécologie.

SAVON A L'ICHTHYOL.

Érythrasma, Acné, lupus érythémateux, eczéma sec, séborrhéique, séborrhée, hyperhydrose, kératose, troubles circulatoires plantaires, etc.

ÉPITHÈME (emplâtre) à l'Ichthyol. — Ecthyma, Kératodermie.

Pharmacie VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

Le SANTAL est l'ANTI-BLENNORRAGIQUE
essentielle à la condition d'être pur. En ordonnant le

SANTAL CABANES

Les Médecins peuvent compter sur un médicament absolument pur et réellement efficace. Chaque capsule contient centigrammes environ. La dose est de 8 à 15 par jour.

Ph^o. 5 fr. — Paris. Ph^o CABANES, 34, boul. Haussmann.

DRAGÉES CABANES IODURÉES

KI à 50 centigrammes.

Ces dragées, rendues inaltérables par un procédé de l'avenir, contiennent exactement 50 centigr. d'Iodure chimiquement pur. Expérimentées avec succès dans les hôpitaux de Paris, elles sont bien tolérées. Pour les femmes et les enfants, donner la préférence aux dragées à 50 centigr.

Ph^o. 4 fr. — Paris. Ph^o CABANES, 34, boul. Haussmann.

PILULES AU SUBLIMÉ ET AU GLUTEN DE CABANES

EXACTEMENT DOSÉES À 1 CENTIGRAMME
Préparées selon la formule du Dr SIMONET, médecin en chef de l'Hôpital du Midi.

C'est la préparation la mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'association du Sublimé au Gluten. Accidents primaires de la syphilis. — Le flacon de 100 pilules : 25 fr.

Paris. — Ph^o CABANES, 34, boul. Haussmann.

DIATHESE SYPHILITIQUE

DRAGÉES BI-IODURÉES HYDRARGYRIQUES

BIODURE (H₂ I² + KI) 25 IODURE
5 milligramm. 25 centigramm.

Chaque dragée correspond à 1/2 cuillerée à bouche de Sirop de Gilbert. C'est le médicament le plus efficace contre les accidents secondaires. La forme de dragée a l'avantage de masquer la saveur si désagréable de ce médicament. Le flac. 25 fr.

Paris. — Pharmacie CABANES, 34, boul. Haussmann.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Par le **CARBONATE DE GAIACOL VIGIER**

En Capsules de 0 gr. 40 centigrammes

Le CARBONATE DE GAIACOL jouit des vertus curatives du gaiacol sans en avoir les effets irritants. Traversant l'Estomac sans se décomposer, il agit dans l'intestin. Ne troublant pas les fonctions digestives, il remplace avantageusement le gaiacol et la créosote.

Dose : de 2 à 6 capsules par jour selon l'ordonnance du médecin.

F. VIGIER

Pharmacien de 1^{re} classe, lauréat des Hôpitaux et de l'École de Pharmacie de Paris.

12, Boulevard Bonne-Nouvelle — Paris

Depuis plusieurs années, je prépare avec le plus grand soin un certain nombre de médicaments spéciaux pour le traitement des affections cutanées et syphilitiques. — Un grand nombre de dermatologistes ayant apprécié mes produits, je me mets à l'entière disposition des médecins pour leur faire les préparations qu'ils désireront essayer et leur procurer les nouvelles substances préconisées. C'est ainsi qu'ils trouveront dans mon officine :

Emplâtres caoutchoutés Vigier ou épithèmes antiseptiques Vigier

remplaçant les emplâtres, mousselines, emplâtres, onguents, pommades. Les principaux sont à base de : Mercure et acide phénique. — Pyrogallique. — Salicylique. — Créosote et acide salicylique. — Huile de Cade. — Morue. — Ichthyol et Résorcine. — Iodoforme. — Vigo. — Rouge de Vidal. — Naphtol. — Naphtol et goudron. — Oxyde de zinc. — Oxyde de zinc boriqué. — Oxyde de zinc salicylé. — Salol. — S. N. de Bismuth, etc. — Mouches d'opium. — Mouches de Milan. — Toile vésicatoire. — Sparadrap caoutchouté simple, très adhésif, non irritant, aseptique, inaltérable et bandes de sparadrap.

Savons antiseptiques Vigier, hygiéniques et médicamenteux

(préparés avec des pâtes neutres, complétant le traitement des maladies de la peau). Savon doux ou pur, S. au beurre de Cacao, S. Boraté, S. Boriqué, S. à la Créoline, S. Goudron, S. Goudron boriqué, S. Sublimé, S. Sulfate de cuivre, S. Ichthyol, S. Naphtol, S. Naphtol et Goudron, S. Panama, S. Panama et Goudron, S. Pétrole, S. Salicylé, S. Sulfureux, S. Créoline et Naphthol. — S. Panama et Ichthyol. — S. Résorcine. — S. Salol. — S. Huile de Cade. — S. Hygiénique. — S. au Solvél. — S. Naphtol soufre. — S. Eucalyptus. — S. à l'Eucalyptol.

Savon dentifrice Vigier. Pour entretenir les dents, les gencives et éviter les accidents buccaux chez les syphilitiques.

Dermatol — Impalpable Vigier. Siccatif et antiseptique énergique non irritant.

Huile de Betula alba blonde. No colorant pas la peau ni les ongles.

Capsules d'Ichthyol Vigier à 25 c. Dose : 2 à 10 par jour contre Maladies cutanées, en gynécologie, etc.

Pelleule adhésive Vigier, colloïdion à l'acétone.

Sirop de Gilbert au Café de Vigier. Goût agréable, conservation indéfinie, ne provoquant pas de troubles digestifs.

Rétinol Vigier. Excipient neutre.

Pilules Rho-ferrées Vigier spéciales contre la constipation. Une aux repas

Capsules d'huile de Chaulmoogra à 0 gr. 25 centig. et à 0 gr. 50 centig.

Capsules d'acide gynocardique à 0 gr. 25 centig.

Lanoline remplaçant la lanoline.

Aleptine Vigier. Excipient neutre antiseptique pour pommades.

Mercurure et Ictol Vigier pour frictions mercurielles. Dose de 1 à 3 gr.

Capsules de Corps thyroïde Vigier à 0 gr. 10 centig. Myxoedème, Obésité, Goitre, Dermatose, Crétinisme, etc. Dose : 2 à 6 par jour.

BOUGIES porte-remèdes **Reynal** pour les affections de l'urèthre.
CRAYONS » **Reynal** » de l'utérus.
TAMPONS » **Reynal** » du vagin et annexes.
SUPPOSITOIRES **Reynal** » du rectum, de la prostate et de la vessie.

PANSEMENTS à la glycérine solidifiée et stérilisés, portant toute dose des médicaments à leur surface, **inventés en 1843 par M. REYNAL** pour traiter les **Maladies des organes génito-urinaires des deux sexes.**

Médailles : Or, Paris 1875 — Bronze, Exposition universelle, Paris 1878.

Les seuls pansements à la glycérine solidifiée admis à l'Exposition Universelle, Paris 1889.

Les *Porte-Remèdes Reynal* sont parfaitement appropriés à la forme, à la structure à la capacité et à la délicatesse des organes auxquels ils sont destinés, et dont ils isolent les parois toute la nuit, si on les place le soir. — La **glycérine** qu'ils contiennent décongestionne les muqueuses et calme l'inflammation. — Ils permettent d'appliquer facilement tous les médicaments solides et liquides : cocaïne, sulfate et chlorure de zinc, iodoforme, tannin, extrait de seigle ergoté, sublimé, etc., etc., et les maintiennent en contact avec le mal, pendant plusieurs heures, et sans la moindre complication.

Les *Bougies* et les *Crayons Reynal* s'opposent à la formation et au développement des **Rétrécissements.**

Les *Tampons* et les *Suppositoires Reynal* portent les médicaments dans les replis et culs-de-sac des muqueuses vaginales et rectales.

Pour éviter les contrefaçons des soi-disants inventeurs des pansements à la glycérine solidifiée, écrivez sur les ordonnances et exigez sur les boîtes le nom véritable inventeur **REYNAL.**

Dépôt : **MORIDE et C^{ie}**, 2, rue de la Tacherie (près l'Hôtel de Ville), PARIS

ANTISEPSIE DES VOIES URINAIRES

PAR LES
CAPSULES SALOLÉES
DE
LACROIX

Santal Salolé
Térébenthine Salolée
Copahu Salolé

Eucalyptol Salolé
Essence de Térébenthine Salolée
Oléo Salol

Ces Capsules renferment le SALOL à l'état de dissolution, c'est-à-dire sous la forme la plus active et la mieux assimilable des préparations antiseptiques préconisées dans les affections bacillaires.

Dépôt : Ph^{ie} **LACROIX**, 76, rue du Château-d'Eau, Paris et tous les Pharmaciens.

SIROP
GIBERT
de **GIBERT**
et **J**
DRAGEES
de **GIBERT**

Affections Syphilitiques
VÉRITABLES PRODUITS DU D^r GIBERT
préparés par **BOUTIGNY-DUHAMEL**, Pharmacien
Facilement tolérés par l'estomac et les intestins.

Exiger les Signatures **D^r GIBERT & BOUTIGNY**
LABORATOIRE ET VENTE EN GROS : **L. AUGENDRE**, Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise)
SE DÉFIER DES IMITATIONS

de la

t toute

EXNA

s.

1678

1800.

structur

et dont

ntienne

appliqu

lorure

ntienne

ation.

oppeme

les rep

ents à

nom

ARIS

ES

lolo

e Salin

l

eme

dant

ciens.

S

RT

ns.

-4-10-

S

SOMMAIRE DU NUMÉRO 12

Décembre 1895

Travaux originaux :

- Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique et la cause prochaine de ses localisations, par H. HALLOPEAU.....1094-1097
 Sur un cas de dermatite exfoliatrice généralisée (maladie de Wilson-Brocq), compliquée d'une sarcomatose cutanée multiple. Guérison, par RUDOLF KREFTING.....1098-1109

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.
Séance du 12 décembre 1895. — Hydrocystome et dyshidrose. — Action curative de l'érysipèle sur les lupus. — Des injections de calomel. — Attaques de rhumatisme blennorrhagique. — Observation pour servir à l'histoire des névrodermites et de l'eczéma séborrhéique. — Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique. — Chancres syphilitiques multiples de la région pubienne. — Une observation d'hystérie parasyphilitique. — Dactylite blennorrhagique. — Lèpre nostras. — Sur un nouveau cas d'acné kératique de Tenneson (acné cornée en aires). — Des affections oculaires syphilitiques à la troisième génération. — A propos d'un cas d'eczéma séborrhéique psoriasiforme (en large placard unique hémicercé). — Eruption érythémato-bulleuse quinique. — Note sur le traitement du lupus par la chloroline (chlorophénols).....1110-1154

Revue des Sociétés savantes :

Société anatomique de Paris. — Épithélioma de l'avant-bras, ablation, autoplastie à lambeau, greffe de l'épithélioma sur le lambeau. — Pyosalpingite gonococcienne. — Sarcome pédiculé de la peau de l'ombilic. — Un cas de diabète bronzé. — Salpingite blennorrhagique. — Sarcome mélanique pseudo-alvéolaire du pied. — Sarcome mélanique du foie consécutif à une tumeur mélanique du cuir chevelu. — Papillome foliacé de la plante du pied.....1154-1156

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Périartérite généralisée probablement syphilitique chez le fœtus.....1156-1157
Académie de médecine de Rome. — Un cas de lèpre anesthésique. — Uréthrite chronique et chancre simple.....1157-1158

L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, D'APRÈS LES TRAVAUX DE M. UNNA, analyse critique par J. DARIER (troisième article).....1159-1179

Revue des Thèses :

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE SOUTENUES DEVANT LES FACULTÉS DE PROVINCE PENDANT L'ANNÉE 1894-1895. — *Lyon* : MIRAMOND. Contribution à l'étude des exostoses sous-unguéales ; structure et pathogénie. — GALLOT. Contribution à l'étude de la syphilis hépatique (de lictère grave à la période secondaire). — CAEYKI. De l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë. — MÉLOT. Dermatite herpétiforme et puerpéralité. — PIQUET. Contribution à l'étude de l'uréthrite chronique (goutte militaire). — PICQUÉ. Contribution à l'étude des névromes plexiformes. — GRIVEZ. Signification de l'adénopathie syphilitique primaire et secondaire. — NARJOUX. De la syphilis secondaire de la conjonctive. — *Bordeaux* : BRAU. Nouveaux essais sur l'ecthiomène. — BÉRAUD. De l'iodure de potassium dans l'actinomyose. — HENRIC. Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif. — TALBOT. Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil. — BUFFON. Du purpura hémorrhagique pendant la grossesse. — TEDESCHI. Du strophulus. — VASSAL. De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse. — FOUTREIN. Sur une épidémie de trichophytie inguinale. — GAIDE. Du traitement thyroïdien dans le goitre, le myxœdème et le crétinisme et en particulier dans le crétinisme endémique. — VIRATEL. De l'action de l'arsenic sur la nutrition. — ASCORNET. Traitement des ulcères variqueux par les plaques métalliques et la compression. — GAUTIER. Du lichen plan buccal et du lichen plan isolé de la bouche. — TAUVET. Des hidrosalénites suppuratives disséminées. — *Montpellier* : TAULANE. Contribution à l'étude des syphilides malignes précoces. — RONZIER-JOLY. Du zona. — CHABROL. Contribution à l'étude du traitement du lupus tuberculeux. — *Toulouse* : MORDAGNE.

(Voir la suite du sommaire page 3.)

SUITE DU SOMMAIRE

Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne, etc. — MONDOT.
Contribution à l'étude de la gale bédouine. — ROUANET. Tumeurs ortho-
cystiques du cuir chevelu. — VABRE. Contribution à l'étude de l'hémi-
plégie syphilitique..... 1180-1189

Revue des publications périodiques :

Revue de dermatologie. — Anatomie de la peau, par HEITZMANN. —
Cellules de plasma, par UNNA. — Condylomes acuminés, par E. WOLLMER.
— Engelures, par C. BOECK. — Exfoliation cutanée, par A. SANGSTER. —
Filaire du sang, par A. FLINT. — Lupus (traitement du lupus de la
face), par SCHARFF. — Maladie de Darier, par JARISCH. — Maladie de
Paget, par JOHN V. SCHOMAKER. — Nævus sous-cutané, par BEIER. 1199-1210

Revue de vénéréologie. — Chancres mou, par E. FINGER. — Traitement
du chancre mou, par A. NEISSER. — Pus blennorrhagique, par C. POSNER
et A. LEWIN. — Gonocoque, par H. HEIMAN. — De la blennorrhagie
au point de vue médico-légal, par A. NEISSER. — Urétrite chez la
femme, par VERCHÈRE. — Blennorrhagie utérine, par KOPYTOWSKI. —
Cystite par CASPÉR. — Orchite, par A. ROUTIER. — Traitement de la
blennorrhagie, par SCHAFFER. — Traitement de la blennorrhagie. Santal,
par VALENTINE. — Alumol, comme antiblennorrhagique, par CHOTZEN.
Prophylaxie de la blennorrhagie, par BLOKUSEWSKI. — Prophylaxie de
la blennorrhagie, par A. NEISSER..... 1210-1222

Revue de syphiligraphie. — Sang dans la syphilis, par W. REISS. —
Sang dans la syphilis, par J. JUSTUS. — Syphilis en Russie, par DINA
SANDBERG. — La syphilis à Budapest, par L. TÖRÖK. — Prostitution ;
maisons publiques, par W. MIERE. — Injections intra-veineuses de
sublimé, par DINKLER. — Intoxication mercurielle, par G. LEWIN... 1222-1232

Revue des livres :

G. LEWIN et J. HELLER. Die Sclerodermie. — G. POVARINE. Le
gonocoque dans la blennorrhagie..... 1234-1236

Correspondance :

Discussion sur le pemphigus..... 1237-1238

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

Entièrement soluble dans l'eau.

FLACON D'ÉCHANTILLON

franco, à MM. les Médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS.

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les Maladies des Femmes et la Chlorose, dans la Gonorrhée, dans les Maladies de la Peau, des Organes digestifs et circulatoires de la Gorge et du Nez, et dans les Affections inflammatoires et rhumatismales de tout genre.

Les bons effets de l'Ichthyol, prouvés par des observations expérimentales et cliniques, sont dus en partie à ses qualités résolutive, sédative et antiparasitaire, en partie à son influence stimulant la résorption et augmentant l'assimilation.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'Ichthyol, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

SYPHILIS GRANULES DART

à l'Arséniate de

ASO² 2HGO HO

Dosés à cinq milligram

Ces granules sont préparés avec soin, le flacon ne contient aucun pro-
quette ne porte pour toute désignatio-
mule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob.

